

**EFFECTOS DE LA INTERVENCIÓN DE UN GRUPO DE APOYO PSICOLÓGICO CON  
PERSONAS AFECTADAS POR DESASTRE NATURAL**

**ESTUDIO DE CASO ÚNICO CON ANALISIS CUANTITATIVO**

**YUSELFI MONTES CORREA**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON PROFUNDIZACIÓN CLÍNICA**

**BARRANQUILLA**

**2016**

**EFFECTOS DE LA INTERVENCIÓN DE UN GRUPO DE APOYO PSICOLÓGICO CON  
PERSONAS AFECTADAS POR DESASTRE NATURAL**

**ESTUDIO DE CASO ÚNICO CON ANALISIS CUANTITATIVO**

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Psicología

(Profundización Clínica)

**Asesor**

**JORGE HUMBERTO VANEGAS OSORIO**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON PROFUNDIZACIÓN CLÍNICA**

**BARRANQUILLA**

**2016**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

**Presidente del jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

---

**Nota Obtenida:** \_\_\_\_\_

**Barranquilla, 2016**

# **EFFECTOS DE LA INTERVENCIÓN DE UN GRUPO DE APOYO PSICOLÓGICO CON PERSONAS AFECTADAS POR DESASTRE NATURAL**

## **ESTUDIO DE CASO ÚNICO CON ANALISIS CUANTITATIVO**

**Palabras clave:** desastre natural, apoyo psicológico, disrupción.

### **Resumen**

La presente investigación, evalúa los efectos de la implementación de un grupo de apoyo psicológico en personas afectadas por un desastre natural. Para ello se analizan los relatos de los talleres iniciales que narran los participantes de manera grupal relacionándolos con la aplicación de un pre- test para la obtención de la evaluación psicológica, resultados que son tenidos en cuenta para compararlos con el pos- test y las respuestas de la entrevista semiestructurada de los participantes que finalizaron el proceso. Los resultados evidenciaron una reducción de síntomas significativa debido al control de emociones como el miedo y una distancia optima de la memoria dolorosa del evento disruptivo. Las reacciones analizadas en este grupo devinieron en reacciones comunes de estrés y ansiedad que fueron necesarias elaborar primeramente para permitir la emergiera del proceso natural de duelo que sigue en los participantes.

## Tabla de contenido

<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2. justificación .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Antecedentes .....</b>	<b>4</b>
<b>4. Objetivos.....</b>	<b>10</b>
4.1. <i>Objetivo General</i> .....	10
4.2 <i>Objetivo específico</i> .....	10
<b>5. Marco conceptual de referencia .....</b>	<b>10</b>
<b>6. Propuesta metodológica y presentación del grupo .....</b>	<b>21</b>
6.1. <i>Propuesta Metodológica</i> .....	21
a. Enfoque.....	21
b. Población.....	22
c. Muestra. ....	23
d. Consideraciones éticas. ....	23
e. Técnicas de recolección y validación de información.....	24
6. 2. <i>Presentación del grupo</i> .....	25
a. Características generales de los participantes del grupo. ....	25
b. Contexto institucional.....	26
c. ¿Cómo nació el grupo? .....	27
d. Estructura del grupo. ....	28
e. Momentos del proceso.....	29
f. Rol del psicólogo. ....	29
<b>7. Resultados .....</b>	<b>31</b>
7.1 <i>Evaluación psicológica: efectos disruptivos del desastre</i> .....	31
8.2 <i>Efectos presentados por el proceso grupal</i> .....	45
<b>8. Conclusiones.....</b>	<b>58</b>
8.1. <i>Respecto al tipo de vivencias</i> .....	58
8.2. <i>Respecto a la intervención grupal</i> .....	61
<b>9. Recomendaciones.....</b>	<b>62</b>
<b>10. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>65</b>
<b>11. Anexos.....</b>	<b>68</b>

## **1. Introducción**

Según el Ministerio de Protección Social (2011), Colombia presenta el nivel de ocurrencia de desastres más alto en América Latina durante los últimos treinta años, al registrar en promedio 597,7 eventos por año. Entre los fenómenos que con mayor frecuencia originan desastres se encuentran las inundaciones con 36,8%, los deslizamientos de tierra con 25,5% y los incendios urbanos con 7,6%. En su conjunto, estos han causado 70% de todos los desastres de las últimas tres décadas. Pero no solo los grandes desastres naturales han generado las mayores pérdidas. En estos treinta años, los desastres de menor escala, pero recurrentes han ocasionado daños equivalentes a 2.227 millones de dólares y han dejado más de 9.000 muertos, 14,8 millones de personas afectadas, 89.000 viviendas destruidas y 185.000 averiadas y cerca de 3 millones de hectáreas de cultivos deteriorados.

Situación que genera efectos sobre la salud física de la población y también consecuencias sobre la salud mental de los damnificados, entre los que se encuentran, según la organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006), el incremento de los signos de sufrimiento psicológico, como la aflicción y el miedo; posibles aumentos de la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales. Agregando que, según la magnitud del evento y otros factores, el promedio de una tercera parte y la mitad de la población expuesta sufren alguna manifestación psicológica, la mayoría de ellas obedecen a reacciones normales ante situaciones de gran significación e impacto y la minoría a patologías de tipo disruptivo.

Estas y más guías respecto al abordaje de este tipo de fenómenos, aseguran que el acompañamiento debe brindarse durante un período prolongado a la emergencia propiamente

dicha, cuando tienen la tarea de reconstruir sus vidas, no obstante son muchos los países de América Latina y el Caribe que presentan una baja cobertura y una pobre capacidad de respuesta de los programas y servicios de salud mental, porque como lo afirma la OPS, deben atender no solo las consecuencias emocionales del evento, sino otros efectos indirectos en la dinámica interpersonal y social, así como en el entorno de las “víctimas”, en la medida en que se produce un deterioro del tejido social y una desestructuración de la vida familiar.

El interés por la afectación en la salud mental de las personas afectadas por desastres naturales y la posible mitigación de los mismos por el acompañamiento psicológico grupal es la principal motivación para la realización de esta investigación que surge a partir de la experiencia de un acompañamiento psicosocial a una comunidad afectada por este tipo de eventos, en el que se instauraron diferentes modalidades de tratamiento entre ellas, la formación de grupos de apoyo psicológico donde se tuvo la oportunidad de crear, coordinar y sistematizar uno de ellos concentrándose en la mitigación del efecto disruptivo en los miembros del grupo.

La investigación se llevó a cabo a través de un enfoque de estudio de caso único con análisis cuantitativo. Este enfoque de investigación pertenece al paradigma cualitativo interpretativo, el cual considera que la realidad es construida por las personas involucradas en la situación que se estudia; y aunque las versiones de los mundos sean personales estima que las construcciones no son completamente ajenas, sino que se parecen, tienen puntos en común. El caso aquí corresponde al grupo de participantes como unidad de análisis, es decir contempla a todos los integrantes de manera integrada y no por separado como sucede en los estudios de caso múltiples.

En el estudio de caso único las diferentes realidades son reportadas por medio de los diálogos de los informantes, presentando temas que reflejen sus palabras desde diferentes perspectivas.

(Ceballos, 2009). La metodología de investigación se hace de una manera inductiva, es decir, se parte de las experiencias narradas por los participantes y de allí emergen los significados, definiciones, categorías, entre otras. Es un enfoque descriptivo, explicativo y de juicio que utilizar diversas estrategias para la recolección de datos como los cuestionarios, las entrevistas, los test, entre otros que pueden ser analizados de manera cualitativa o cuantitativa sin implicar necesariamente la manipulación de variables o la prueba de hipótesis.

## **2. justificación**

La escogencia de este caso se hizo a partir de la experiencia de un acompañamiento psicosocial a una comunidad afectada por un desastre natural, en el que se instauraron diferentes modalidades de tratamiento, entre ellas, la formación de grupos de apoyo psicológico para la contención y la mitigación de los efectos psicológicos del suceso.

La coordinación y el registro de uno de ellos permitió observar los efectos de dicho grupo en la disminución de los síntomas que presentaban los participantes, tal reducción se constató con la aplicación de un pretest y posttest y el análisis de las vivencias subjetivas provocadas por el efecto disruptivo en los miembros del grupo.

La disminución de síntomas como el miedo a un nuevo desbordamiento y la asunción de una memoria del evento menos dolorosa y más esperanzadora con el futuro favorecieron en la



mayoría de los integrantes del grupo el curso natural del proceso de duelo por las pérdidas ocasionadas, reiterando con ello la utilidad del uso del enfoque de apoyo psicológico a los grupos en este tipo de contextos, donde factores grupales como la identificación, la cohesión grupal, la comunicación abierta y directa entre el grupo y el facilitador, la posibilidad de expresar emociones y sentimientos, entre otros, hacen sentir a los integrantes en confianza, tranquilos y capaces de fortalecer sus recursos propios con el fin de poder reestablecer sus proyectos de vida en medio de estas circunstancias.

### **3. Antecedentes**

Sobre las investigaciones que se encontraron en este tipo de escenarios, se observó que los pocos artículos encontrados en castellano arrojan propuestas de modelos de intervención de atención psicológica temprana basados en revisiones sistemáticas y de meta análisis, otros explican pautas a tener en cuenta en el acompañamiento a través de modelos de intervención en crisis centrado también en el análisis del primer momento del desastre, las más completas obedecen a guías de atención en salud mental en emergencias que a través de descripciones generales ofrecen algunas rutas de atención psicosocial para el acompañamiento en lo que ellos denominan las diferentes fases del desastre. Aun así, es muy muy poco el material sistematizado y publicado sobre el abordaje en períodos a largo plazo después de la catástrofe y muy poco material en el abordaje de procesos grupales, ampliamente usados con la comunidad afectada porque permite una mayor cobertura y una mayor receptividad por parte de la población que desconoce o teme del trabajo psicológico individual.

Acerca del modelo de Intervención en Crisis que proponen muchos de los autores que se encontraron en la búsqueda de antecedentes, la definición de crisis es basada según Slaikeu (2000), quién la describe como “un estado temporal de trastorno y desorganización” en el que la situación, sea esta provocada por “transiciones propias del ciclo vital o por un evento circunstancial específico” como los desastres, desborda la capacidad de respuesta de las personas, dando como resultado sufrimiento psicológico y un deterioro del funcionamiento adaptativo, individual y colectivo. La intervención en crisis según Jarero (2013), será por tanto el primer servicio que se le puede ofrecer a una persona tras un “incidente crítico” que consistirá en los “cuidados psicológicos conductuales urgentes, diseñados primero para estabilizar y después reducir los síntomas de sufrimiento o disfunción, con el fin de lograr un estado de funcionamiento adaptativo o facilitar el acceso a mayores cuidados cuando es necesario”.

Jarero, agrega que algunas veces las crisis psicológicas pueden generar traumas que requerirán de servicios más especializados donde él propone una ruta que va en un primer momento de intervenciones muy elementales como son los “primeros auxilios psicológicos” pasando por intervenciones en crisis más avanzadas como la consejería, la psicoterapia basada en la EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares) , acompañamiento psiquiátrico, hospitalización y rehabilitación psicosocial.

Siguiendo esta línea, se encontraron autores como Benveniste (2000), que luego de acompañar en 1999 personas afectadas por una inundación en Venezuela, que dejó cientos de miles de personas sin hogar y psicológicamente traumatizados, propone en este artículo una breve descripción del desorden post-traumático agudo y describe algunas estrategias de intervención temprana para el trabajo con adultos y niños traumatizados.

Ante este tipo de cuadros él propone un acompañamiento de intervención en crisis que tiene como meta permitir que el paciente lidie con su trauma, ajustarse a su nueva situación y devolverle al sujeto su nivel anterior de funcionamiento. Para ello recomienda en un primer momento, construir una relación empática con el paciente que le permita obtener información general sobre este sin extenderse en una evaluación prolongada; sugiere que el papel de las intervenciones del psicólogo sean de tipo clarificador, educativos y tranquilizadoras.

En un segundo momento, propone como indispensable escuchar la historia de la “experiencia traumática” del paciente debido a que aliviará en buena medida al afectado; permitir la libre expresión de los sentimientos y pensamientos, aunque sea muy angustiante para el paciente contribuirá positivamente en su recuperación. Al ser las intervenciones en crisis muy cortas, algunas veces tienen lugar en una única sesión, Benveniste sugiere conducir el tratamiento a una sola sesión y finalizarla con un plan escrito que le permita a la persona llevar a cabo las tareas de tipo psicológico y social que se establecieron en la sesión. Durante este encuentro es importante que el profesional identifique si el paciente tiene dificultades médicas o psiquiátricas que le impidan intervenir la crisis, en caso de haberlas se debe hacer la respectiva remisión. La mayoría de lo que se dijo anteriormente también se aplica a los niños. Sin embargo, la gran diferencia, es que cuando los niños cuentan su historia, ellos tenderán a hablar más en el lenguaje del juego y con las metáforas de su imaginación.

Figuerola, Marín y González (2010), proponen en este mismo enfoque, un modelo de intervención psicológica temprana en “víctimas” de desastres a través de una revisión sistemática y de metanálisis de 36 artículos con la mejor evidencia disponible, la mayoría de ellas escritas en Inglés, por el escaso material en español. Igual que Benveniste, opinan que no necesariamente todas las personas afectadas por desastre sufrirán de psicopatologías, sin embargo, afirman que la

atención en primeros auxilios psicológicos y la intervención centrada en el trauma son una tarea indispensable para disminuir el impacto del desastre.

Su modelo propone 5 niveles de atención que son: I. Difusión (información a la comunidad acerca de la evolución del desastre y la cobertura de atención psicológica en donde a través de los medios de comunicación se brinde información psicoeducativa sobre los síntomas y las rutas de atención); II. Apoyo Emocional (centrado en suministrar confort, monitorizar el estado emocional, facilitar el retorno a las rutinas y orientar en el recurso de los recursos disponibles, lo que se conoce como primeros auxilios psicológicos); III. Manejo Médico general (estabilizar los síntomas psicológicos invalidantes, efectuar el dx psiquiátrico, y derivar al manejo psiquiátrico si corresponde); IV. Manejo Psiquiátrico General, (puntualmente para el manejo del TEPT, donde la revisión arrojó que las técnicas más utilizadas para este tipo de trastornos son las cognitivo conductuales o Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR); y V. Manejo Psiquiátrico por Expertos (este nivel incluye la administración de fármacos inhibidores del tipo mono-amino-oxidasa, teniendo en cuenta que este es el último recurso para la atención y debe hacerse en centros especializados en Trastorno por Estrés Post Traumático).

La organización Panamericana de la Salud (2006), ha publicado una serie de manuales para la Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias, que han buscado servir de compendio práctico de los procedimientos para la identificación y el manejo de las diferentes manifestaciones psicosociales (patológicas o no) que pueden presentar las “víctimas” de los desastres. La guía que se referencia está compuesta por 10 capítulos que incluyen de una manera amplia e integral el “cómo hacer” de los trabajadores de la salud que laboran en situaciones de emergencia. Esta guía a diferencia de muchas en castellano, describe en un capítulo las herramientas para el trabajo grupal, haciendo referencia a los diferentes tipos de

grupos, especialmente los Grupos psicoeducativos y de Apoyo Emocional, muy necesario en situaciones de desastres y en cuya conducción deben estar entrenados los trabajadores de salud y otros agentes de ayuda humanitaria.

Dentro de la búsqueda de antecedentes también se halló la Guía que propone el Ministerio de Protección Social (2011) en Colombia para la atención en salud mental en emergencias y desastres, los cuales aseguran que no tenían una guía antes de esta fecha que facilitará una respuesta adecuada en las emergencias y desastres en el componente de salud mental. El documento tiene cuatro partes y siete capítulos. La parte I presenta una descripción de las características de las situaciones de emergencias y desastres; la parte II ofrece un escenario de posibles reacciones y respuestas en las situaciones de emergencia, clasificadas por los distintos grupos de riesgo; la parte III contextualiza y describe los trabajos que debe realizar el personal que hace parte de los grupos de atención y la parte IV es una guía para brindar capacitación a los grupos de atención con diversas herramientas. Cada uno de los capítulos ofrece al final una relación de bibliografía de lecturas recomendadas sobre los temas abordados.

Frente a la revisión de los antecedentes, todos sugieren ofrecer acompañamiento profesional al equipo profesional que según Benveniste (2000), son considerados “víctimas” secundarios del desastre por su nivel de aproximación a las personas afectadas primarias y el hecho que requiere la mayoría de veces, vivir en el entorno. Se encontraron también factores comunes en la comprensión de las manifestaciones psicológicas postdesastre y la consideración de que muchos de estos síntomas pueden ser concomitantes con la ansiedad y la depresión.

Frente a esto Pineda y López (2010), proponen dentro de su revisión sistemática el siguiente modelo de comprensión de la crisis: Desorden, Negación, Intrusión, translaboración y

terminación, El desorden es entendido como el conjunto de conductas emitidas justo después del desastre; la negación, que puede funcionar como una manera de atenuar el impacto del desastre, consiste en un intento de omisión de la realidad latente por el desastre; la intrusión se define como un abarrotamiento de ideas y sentimientos de dolor, aparición de pesadillas y flashbacks, entre otros; en la translaboración las personas logran expresar los pensamientos, los sentimientos e imágenes que habían permanecido guardadas y que ahora empiezan a tener un nuevo significado; finalmente la terminación llamada también nuevo comienzo que consiste en un momento de reintegración u adaptación de la experiencia vivida a la historia de vida. Aclaran que no todas las personas afectadas pasan por estas fases necesariamente.

Teniendo presente lo anterior, no se evidencia la sistematización de un estudio de caso único en Colombia que esgrima los relatos de los damnificados antes y después de una intervención psicológica. La mayor atención como se observó anteriormente en este tipo de contextos, apunta su atención en la descripción del fenómeno y sus efectos en las primeras fases de la emergencia concentrando su preocupación, como es debida, en la forma como se brindan los primeros auxilios psicológicos y la forma como estos se reciben.

La presente investigación evalúa y describe una intervención de apoyo psicológico en fases pos críticas del desastre o de reconstrucción y recuperación, nombradas así por la OPS (2006) y el ministerio de protección social en Colombia (2011) que responden a dos preguntas esenciales para el estudio: ¿cuáles fueron los efectos de la intervención de un grupo de apoyo psicológico con personas afectadas por desastre natural? y ¿Cuáles fueron las reacciones y síntomas psicológicos asociados a las vivencias subjetivas generadas por el efecto disruptivo de un desastre natural en un grupo de personas que participaron de un acompañamiento grupal?

## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo General**

Describir los efectos de la intervención de un grupo de apoyo psicológico con personas afectadas por desastre natural.

### **4.2 Objetivo específico**

Evaluar las reacciones y síntomas psicológicos asociados a las vivencias subjetivas generadas por el efecto disruptivo de un desastre natural en un grupo de personas que participaron de un acompañamiento grupal.

## **5. Marco conceptual de referencia**

Según Cohen (1999) los desastres son eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano, señala que las catástrofes son, usualmente hechos inesperados y a la vez inevitables, que tienen diversas características. Algunas surgen con lentitud mientras que otras lo hacen de manera repentina y sin preaviso, algunas afectan un área amplia, mientras que otras sólo duran segundos o minutos; cada desastre produce daños materiales y pérdidas humanas en grado variable.

Beristaín (2000) por su parte, intenta acercarse a una comprensión más integral del concepto, colocando el acento tanto en las características propias del evento como en el impacto sobre la población, definiéndolo como un suceso negativo, a menudo imprevisto y brutal que provoca destrucciones materiales y pérdidas humanas, ocasionando un gran número de víctimas y una desorganización social importante. Esta destrucción trae muchas otras consecuencias que perduran en el tiempo; psicológicamente, la variabilidad de los sucesos conlleva no sólo distintos efectos, sino diversas interpretaciones y respuestas. También hay que considerar que en muchas de las catástrofes naturales influyen de forma decisiva factores humanos y de toma de decisiones, además de la vulnerabilidad económica y política.

Slakeu (2000), sumará a estas características, un elemento clave para el proceso de acompañamiento de los damnificados, y es el considerar el desastre una crisis circunstancial que puede ser vista como un peligro por la desorganización psicológica y externa que sobreviene, pero también como una oportunidad para un nivel más alto de reorganización por los nuevos métodos de enfrentamiento y la ocasión que permite el evento para analizar y reelaborar conflictos personales no resueltos en el pasado, es posible para un individuo emerger mejor dotado para enfrentar el futuro después de la crisis, que antes de ella. De este modo, Slakeu considera que frente a las defensas o recursos que la persona o la comunidad usen para afrontar el evento dependerá el nivel de éxito o no para la reconstrucción de su vida nuevamente.

Frente a este tipo de interacciones que se presentan entre el evento y las características socioculturales, económicas, políticas, psicológicas de las comunidades y los individuos, se han creado una serie de guías de acompañamiento a nivel internacional que propenden por la disminución y prevención de secuelas a largo plazo del impacto del desastre en las personas, acercándose a una clasificación de los tipos de desastres, su nivel de afectación y las respuestas y reacciones predecibles en los individuos.



Una de las clasificaciones de los tipos de desastres aceptadas en el ámbito internacional es la descrita por el Centro para la Epidemiología de los Desastres y Preparación para Emergencias (DEEP), citado por el ministerio de la Protección Social (2011) que distingue cuatro grandes categorías: 1) Naturales: hidrometeorológicos, geofísicos, sequías y relacionados 2) Antrópicos: no intencionales-tecnológicos, intencionales 3) Emergencias complejas: eventos multidimensionales de larga duración, que frecuentemente nacen de eventos intencionalmente generados como la guerra 4) Desastres Globales: ejemplo de ello es el calentamiento global.

En cuanto a las reacciones psicológicas en poblaciones afectadas por los desastres, ya Cohen desde 1999, señalaba que las reacciones de estrés y duelo son reacciones normales a una situación anormal y que muchas de las reacciones emocionales de los sobrevivientes se derivan de problemas de supervivencia provocadas por el desastre, aunque la mayoría de las personas no son conscientes de que necesitan atención en salud mental después del desastre y no buscan estos servicios, por tanto como indica Cohen, el personal de salud mental tiene que apartarse de los métodos tradicionales, evitando el uso de etiquetas diagnósticas y mantener una actitud proactiva para intervenir con éxito en este tipo de casos.

Benyakar (2003), por su parte, concentra toda su obra en plantear una nueva forma de pensar y abordar la manera como el impacto del entorno puede irrumpir en el psiquismo, a través del concepto lo “disruptivo” al que denomina como “todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteran su capacidad integradora y de elaboración” (p. 30).

Propone usar el término “disruptivo” para reemplazar la palabra “traumático” cada vez que se quiera hablar de los hechos o situaciones que ocurren en el mundo externo y que al connotar eventos extraordinarios, no habituales e indeseables se les asignan de forma a priori la

denominación de “situaciones traumáticas”. Tal manera de pensar según Benyakar, ocasiona tres problemas graves: 1. Desconoce y no se ocupa de conocer la singularidad y especificidad de los diferentes eventos fácticos. 2. Deja de lado la singularidad del sujeto que vive la situación, y 3. Ignora la idiosincrasia de la relación entre un evento específico y un sujeto particular. Para el autor calificar una situación como “traumática” por la potencia o la intensidad que el consenso social le asigna es adjudicar un rasgo propio del orden psíquico a un evento del orden de lo fáctico. Es así como el dr Benyakar llama “situación disruptiva”, y no “situación traumática” a cualquier situación que independientemente de lo que significa por sí misma, pueda ser experimentada como “vivencia traumática” o bien como “vivencia de amenaza”, esencialmente diferente a la anterior.

Benyakar (2003) para ampliar el concepto de situación o evento disruptivo, formula los siguientes tres conceptos: *evento fáctico*, *vivencia* y *experiencia*, el evento o factor exógeno corresponde al mundo “externo”, la vivencia remite exclusivamente al “mundo interno”, y la experiencia que alude a la articulación entre el mundo interno y el mundo externo.

En el caso de eventos como los desastres, el contexto bajo el cual se desarrolla esta investigación, son considerados según esta teoría, eventos disruptivos *per se* por las cualidades inherentes que potencian su capacidad disruptiva como son: ser inesperado, interrumpir el equilibrio y el proceso habitual, minar el sentimiento de confianza en los otros, contener rasgos novedosos no codificables ni interpretables, amenazar la integridad física propia o de otros significativos y distorsionar o destruir el hábitat cotidiano, no obstante Benyakar reitera que este tipo de hechos no deben autorizar o evaluar los acontecimientos a priori y mucho menos generalizar tal evaluación. El impacto de tales hechos se halla observando y analizando las reacciones individuales de cada persona que lo vive, en otras palabras, analizando las vivencias

subjetivas que admite diversas formas patógenas o no de expresión, entre esas, están las vivencias traumáticas, de estrés, ominosas o de ansiedad.

En el caso de las vivencias traumáticas, según Benyakar (2003), se dan cuando el impacto del evento fáctico es de una naturaleza que rompe la articulación existente y el evento se presenta y conserva en el psiquismo como hecho no elaborado ni elaborable, produciéndose la sintomatología perteneciente al orden de lo traumático (somatizaciones, dificultad para recordar o pensar, imposibilidad de elaboración de la angustia, repetición de sensaciones y pensamientos, sensación de vacío corporal, vivencias de desvalimiento y de desamparo, entre otras).

Las vivencias de estrés, por su lado, se dan cuando sucede una alteración en la articulación afecto-representación que impacta sobre el psiquismo desorganizándolo, pero a la vez permite una reorganización posterior. Benyakar (1997) señalará que si bien la sintomatología que emerge tanto en lo estresogénico como en lo traumatogénico, puede parecer muy similar, su etiología y su dinámica, son abismalmente diferentes, por lo tanto, su tratamiento también lo será. Continúa este autor señalando que generalmente se piensa que cuando la amenaza es aparentemente leve, aparecerán síntomas de estrés, que se caracterizan por ser más tenues y en la medida en que la amenaza se agudice, entonces se desencadenará el trauma con una sintomatología más seria. Comparación que considera Benyakar errónea debido a que las reacciones estresogénicas, desencadenarán sintomatología más florida e inundada por la ansiedad que aquéllas producidas por la vivencia traumática, siendo éstas últimas más difusas, ocultas y muy difícil de detectar. Generalmente aparecen enmascaradas tras cuadros depresivos.

Respecto a las vivencias siniestras u ominosas, Benyakar (2003) las describe como una articulación particular entre afecto y representación. Ambas palabras homologadas a lo terrible y desagradable, pero según el autor no se trata de eso sino del interjuego que se produce entre lo

propio y lo no propio y lo familiar/no familiar. Sensaciones de extrañeza que emergen de nuestras propias percepciones internas que pueden ser consideradas como propias, pero no familiares o no propias pero familiares.

Un ejemplo de experiencias de cualidad siniestra que ofrece, Benyakar (2003) son las experiencias extrañas que pueden vivir algunos adolescentes o niños frente a los impulsos sexuales provenientes de lo más íntimo de su ser, vivenciadas como propias pero que le resultan desconocidas, no familiares, que les da la cualidad de siniestras. Cuando estas percepciones no son metabolizadas, integradas o transformadas como propias y persisten como extrañas o heterogéneas en el psiquismo de la persona pueden devenir en vivencias traumáticas. La mediatización de estas vivencias según Benyakar puede generar de igual manera defensas o sintomatología, pero a diferencias de las vivencias traumáticas permiten una continuidad entre el mundo interno (la vivencia) y el mundo externo (el evento fáctico), en donde las personas siguen percibiendo el carácter amenazador del evento, pero con posibilidades de actuar sobre él.

Hasta aquí, siguiendo la misma línea teórica de Benyakar, las anteriores vivencias tienen una relación directa con la amenaza, que actúa en el psiquismo de un sujeto como señal de un peligro que atenta contra la integridad de su cuerpo, su psiquismo o su misma existencia. La manera como irrumpe en el psiquismo determinará el tipo de vivencia y por ende el tratamiento clínico a abordar. La amenaza que es tratada generalmente como a priori pudiendo presentarse como una señal anticipatoria, es considerada por el sujeto como un fenómeno a posteriori, así para que una señal de peligro signifique una amenaza, el sujeto a quién está dirigida debe vivenciarla como tal. No obstante, la capacidad para percibir una amenaza es inherente y constitutiva a todo ser humano, por tanto se actualiza en el presente y puede proyectarse como posible acontecer en el futuro.

Frente a lo disruptivo que deviene en ansiedad, Benyakar propone la caracterización de un síndrome que él denomina, Síndrome de Ansiedad Por Disrupción (SAD), al cual le confiere un malestar psicológico específico compuesto por una variedad de reacciones (desorientación, incertidumbre, frustración, desesperanza, impotencia, miedo difuso pero permanente, desconfianza que promueve el aislamiento, culpa, necesidad imperiosa de hablar, entre otros) dicho síndrome lo diferencia de las vivencias traumáticas por lo que la situación disruptiva no causa el colapso del psiquismo; no pueden considerarse vivencias de estrés por lo que Benyakar supone el factor disruptivo no puede ser identificado como una amenaza real sino a las de un fenómeno que acontece en el mundo externo y que es de tal naturaleza que impide distinguir el tipo de amenaza, que pasa generalmente en el ámbito de la violencia donde el hacedor del daño aparece enmascarado, solapado, y no le permite al sufriente del daño captar la amenaza implícita contenida en la situación ni alertarse contra ella.

Las personas que padecen este tipo de síndromes consideran que ellos son los responsables del tipo de situaciones disruptivas que viven; a su vez son diferenciados por los trastornos de ansiedad en los cuales el individuo tiende a ocultar o esconder sus síntomas, en el SAD, según Benyakar, se da una necesidad pseudocompulsiva de hablar y compartir los sufrimientos.

Para Benyakar (2007) lo disruptivo puede devenir también en proceso de duelo, aclarando de antemano que este proceso no obedece a una “vivencia traumática”, sugiere que conjugar duelo y trauma es producir una fórmula en la cual un término neutraliza al otro. Para Benyakar como para Freud el duelo se trata de un trabajo psíquico autónomo que posibilita la elaboración de la pérdida. La vivencia traumática, en cambio se caracteriza por la pérdida de la capacidad de elaboración circunscripta a un determinado momento en presencia de una situación fáctica dada.

Justamente la capacidad para llevar adelante un trabajo de duelo permite que la pérdida no amenace la vivencia de continuidad del sujeto, y que la constante interacción plástica mundo interno-mundo externo, pasado-presente-futuro, no se vea desarticulada, como ocurre en la vivencia traumática. En el trabajo del duelo, la falta en lo real moviliza el orden simbólico, produce desorden, mientras que en la vivencia traumática no hay posibilidad de articulación entre afecto y representación.

Hasta el momento se ha observado como lo disruptivo puede devenir de diferentes maneras en el psiquismo, siendo las vivencias traumáticas solo una de las posibles respuestas a la irrupción del mundo externo en el interno, aquí se encuentran las nominaciones psiquiátricas estandarizadas comúnmente escuchadas como desordenes de estrés postraumático (SEPT), que Benyakar, denomina desordenes postraumáticos, por hacer la diferenciación entre trauma y estrés, la primera que corresponde a lo ya descrito como vivencias traumáticas y la segunda, la nominación desordenes por estrés donde sucede a diferencia de los desórdenes postraumáticos, una alteración de la articulación entre las representaciones y los afectos, no una desarticulación propiamente dicha dando lugar a estados de ansiedad y angustia.

Estas premisas y otras han permitido crear lineamientos para la atención psicosocial a este tipo de poblaciones que se mantienen hasta el momento y que facilitan en parte el trabajo organizado en comunidad. En parte, en tanto, como lo indica Benyakar (2003), todavía falta un recorrido por fundamentar marcos teóricos propios de las situaciones de catástrofes y el verdadero reto consiste en echar mano de lo que ya tenemos y ahondar en ellos hasta que nos permitan sostener los modos de operar. Así, agrega el autor, frente a un campo en el que no existen teorías y en el que se necesita un pragmatismo extremo, la invitación a la reflexión teórica y el interés de ampliar los criterios para categorizar el repertorio técnico instrumental y, sobre todo, la

capacidad de intervención se hace necesaria e indispensable, no obstante no se puede olvidar que este tipo de acercamientos no solo deben contemplar aspectos objetivos y cuantificables, sino que las catástrofes deben evaluarse en términos de las reacciones personales de los damnificados y de las respuestas que es necesario ofrecer para morigerar su impacto psicológico.

En esta línea, la presente investigación, evalúa los efectos de la implementación de un grupo de apoyo psicológico en personas afectadas por un desastre natural teniendo presente la comparación de los resultados de un pretest y posttest que indaga por la disminución de los síntomas complementando dicho análisis con las vivencias subjetivas de los participantes. Para la comprensión de estas vivencias y a su vez la consolidación de un espacio que permitiera la estabilización de este tipo de reacciones psicológicas entre los miembros del grupo, el uso del enfoque de apoyo psicológico en grupos de corto plazo frente a situaciones de desastres, sirvió para estructurar de una manera más acertada el acompañamiento.

Según la Federación Internacional de sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (2003) el apoyo psicológico ayuda aliviar el sufrimiento emocional de manera que los beneficiarios estén más rápidamente en condiciones de confiar en sus propios recursos y afrontar con más éxito las dificultades que encuentren en el camino hacia la recuperación. El apoyo psicológico abarca, así, toda la actividad que mejore la capacidad de las personas para funcionar bajo el extraordinario nivel de tensión que se observa en el contexto de un ambiente crítico. El apoyo psicológico ha sido diseñado con el fin de aliviar el sufrimiento, tanto emocional como físico, mejorar la forma de actuar de las personas a corto plazo y reducir los efectos psicológicos negativos a largo plazo.

Este enfoque de intervención según la Organización Panamericana de la Salud (2006) propone comprender el *apoyo emocional* como la ayuda para disminuir o controlar la aflicción, el miedo, la tristeza y otras manifestaciones que conforman la respuesta emocional normal ante las situaciones de gran impacto. Y la *Educación* como la transmisión de conocimientos básicos sobre el desastre y sus efectos psicosociales; es lograr que el trabajo de grupo se convierta, en alguna medida, en un proceso de aprendizaje para los afectados.

Según la OPS (2006), los objetivos de este tipo de grupos se enfocan en: evaluar las necesidades psicosociales del grupo, ofrecer información sobre el desastre y los efectos psicosociales comúnmente observados, reducción de la aflicción, el sufrimiento, la tristeza y la ansiedad que aparecen como consecuencia del “suceso traumático” fortaleciendo las capacidades y destrezas para el afrontamiento de los problemas, impulsar la integración de las actividades cotidianas en la familia y la comunidad y por último identificar aquellos que necesitan intervención especializada y remitirlos, agregan que estos objetivos pueden ser modificados en el transcurso del trabajo de grupo. Si bien no es un grupo terapéutico, el apoyo emocional en el que se fundamenta este trabajo puede generar efectos de tipo terapéuticos.

El espacio en el que se desarrolle el grupo, puede ser tan diverso como las posibilidades que genere el mismo entorno para realizarse, los requerimientos de privacidad y confort son los más importantes de cubrir. Es indispensable que frente a este trabajo se cuente con una adecuada flexibilización por parte del psicólogo que acompaña.

Frente a la estructura del grupo, se pueden considerar dos opciones, una abierta y otra cerrada, ambas pueden tener sus ventajas y desventajas. Cuando se configura un grupo de estructura abierta, la naturaleza del grupo lo hace accesible y disponible para los miembros de la



comunidad, sin embargo una de sus desventajas puede ser en mantener la motivación de los participantes para que no se dé la fluctuación y posible desaparición del grupo.

Si el grupo es de naturaleza cerrada, es decir que el número de integrantes es específico, estructurándose en las dos primeras sesiones, esto puede ayudar a establecer fuertes relaciones entre los participantes facilitando la cohesión e identificación del grupo. No obstante, una de sus desventajas se da precisamente en su estructura cerrada para el ingreso de nuevas personas al grupo, que en comunidades pequeñas o poco acostumbradas a este tipo de acompañamientos puede ser muy difícil reclutar personas que estén comprometidas a completar el programa.

El papel del psicólogo en este tipo de intervenciones según la OPS (2006) están enmarcados en los objetivos que propone el mismo grupo: el apoyo emocional y la psicoeducación. En relación al primer objetivo, las intervenciones del profesional estarán dirigidas en suministrar esperanza, tranquilidad y elogios a los logros de los miembros del grupo, elementos que no deben ser entregados arbitrariamente sino de acuerdo a una comprensión adecuada de los usuarios y del evento fáctico. La aprobación de logros debe hacerse como lo sugiere Piper, Ogrodniczuk, Joyce, y Weideman (2011) con el propósito de ofrecer autovalía a las personas y generar un reconocimiento de sus aprendizajes y esfuerzos. Este tipo de elogios debe hacerse moderadamente e idealmente en el contexto de una buena comprensión psicodinámica de los pacientes, un nivel básico de confianza, y una transferencia positiva.

Otro de los elementos a tener en cuenta en este tipo de tareas específicas como es el brindar apoyo emocional, está en considerar que el psicólogo debe brindar a los participantes intervenciones de tipo directivas, esclarecedoras, educativas sobre la afectación, evitando intervenciones de tipo interpretativas que busquen concentrar la atención de los participantes en conflictos inconscientes sino en pautas de tipo de apoyo que promuevan la resolución de problemas. Para ello la constitución de una adecuada alianza de trabajo que permita la expresión

de las vivencias subjetivas frente a lo disruptivo va a facilitar que el psicólogo y todos los participantes del grupo participen respetando la palabra y construyendo entre todos nuevas estrategias para la consecución de los objetivos.

En cuanto a la proporción de información, el psicólogo actuará desmitificando información errónea, alarmistas y de contenido mágico teniendo en cuenta el contexto sociocultural, informar sobre las posibilidades de repeticiones o réplicas teniendo presente en no convertirse en un vocero oficial sobre este tipo información pero si de manifestar o ser de portavoz de las inquietudes de los participantes a las autoridades encargadas y viceversa, transmite recomendaciones y sugerencias para el enfrentamiento de la situación actual.

## **6. Propuesta metodológica y presentación del grupo**

### **6.1. Propuesta Metodológica**

#### **a. Enfoque.**

El presente estudio se llevó a cabo través del enfoque del estudio de caso único con análisis cuantitativo, un tipo de investigación que proviene del paradigma cualitativo pero que se basa en estrategias de análisis de la investigación cuantitativa.

El estudio de caso único que por sus características metodológicas de tipo descriptivas al considerar de manera exhaustiva la diversidad de los rasgos que caracterizan el objeto de estudio; naturalistas, que observa el fenómeno tal como se viene sucediendo; emergentes y progresivas, al considerar el proceso de investigación de manera inductiva; y la manera específica e integral con la que considera el fenómeno a estudiar (Navarrete, 2004), se convirtió

en una propuesta útil para analizar las vivencias subjetivas en un grupo de personas que experimentaron la situación disruptiva de un desastre, permitiendo profundizar determinadas características de los efectos de este tipo de eventos junto con el análisis estadístico que ofrecieron los resultados del pretest y postest.

Este tipo de enfoques, siguiendo este autor, son considerados como el examen intensivo, en sus múltiples características, de un fenómeno particular donde el caso puede ser una persona, comunidad, grupo, región, programa de intervención, evento, organización o barrio. En este aspecto puntual, el caso correspondió a un grupo de participantes que recibió un acompañamiento a través de la implementación de un grupo de apoyo psicológico.

#### **b. Población.**

El grupo objeto de estudio hizo parte de la población afectada por un desastre natural ocurrido en el municipio de Salgar del departamento de Antioquia durante la noche del 17 de mayo y la madrugada del 18 de mayo de 2015, en donde una creciente en la quebrada La Liboriana afectó gravemente el casco urbano y rural del municipio, dejando como saldo 479 familias afectadas, 93 personas fallecidas y 11 desaparecidos, según RUD a agosto de 2015 y datos de Fiscalía.

Dicho grupo se adscribe al componente psicosocial del Plan de Acompañamiento Social - Salud del Municipio de Salgar 2015, dirigido por la Secretaría Seccional de Salud y protección Social de Antioquia en la construcción y desarrollo con una serie de instituciones privadas y públicas.

**c. Muestra.**

La estructura abierta en la que se realizó el grupo, posibilitó que 18 personas asistieran de manera fluctuante durante 10 encuentros, no obstante, para la evaluación de los resultados se consideró tomar únicamente a 9 participantes que estuvieron en la mayoría de los encuentros y finalizaron el proceso. De los cuales, todas fueron mujeres entre los 26 y 60 años de edad, residentes del municipio de Salgar (Antioquia), con ocupaciones variadas.

**d. Consideraciones éticas.**

Se les explicó a los participantes los propósitos del estudio, los aspectos éticos referidos a la protección del anonimato, la confidencialidad de sus narraciones, el uso de grabadoras de audio y el registro de bitácoras en cada encuentro, se aclaró que el proceso permitían un espacio de apoyo y contención emocional que buscaba disminuir la aflicción y el sufrimiento causado por el desastre y que no tenía ningún factor de riesgo que alterara la integridad o salud mental de los miembros del grupo.

Se precisó que el estudio no representaba beneficios económicos, o retribuciones por la participación al proceso que les beneficiara de algún privilegio de reparación de tipo administrativo. Los participantes que finalizaron el proceso que en su totalidad correspondieron a 9 participantes, actuaron bajo un consentimiento informado donde expresaron su voluntariedad en el trabajo, preservándoles, a su vez, la respectiva confidencialidad.

A su vez se contó con la autorización de Hospital Mental de Antioquia y la Secretaría Seccional de Salud y protección Social de Antioquia con quienes se tenía el contrato

administrativo durante la realización del estudio para el manejo de la información de bases de datos y demás documentación requerida.

#### **e. Técnicas de recolección y validación de información.**

Para el análisis del estudio de caso, se aplicó el Cuestionario de Síntomas SRQ (Self Reporting Questionary) (ver anexo 1) antes de iniciar el grupo de apoyo psicológico y después de finalizar el mismo. Para una mayor cualificación en los resultados del pretest y posttest se relacionaron los diferentes fragmentos representativos de los talleres que se grabaron durante los 10 encuentros y las respuestas extraídas de la entrevista semiestructurada realizada junto con el posttest terminado el proceso (al finalizar el párrafo ver tabla # 1) que indagó por los aprendizajes y/o vacíos encontrados en el grupo, estas entrevistas estuvieron a cargo de psicólogos de apoyo con el fin de evitar parcializaciones en los resultados. Las respuestas de dicha entrevista dieron cuenta de la manera cómo el grupo tuvo un efecto en los síntomas que el comparativo de los test determinó.

Tabla 1

##### *Preguntas entrevista semiestructurada*

Pregunta # 1	¿Qué aprendizajes le ha generado el grupo para el afrontamiento de lo sucedido el 18 de mayo?
Pregunta # 2	¿Cuál es el taller que más aprendizaje le generó?
Pregunta # 3	¿Quién se benefició más de este servicio en su familia?
Pregunta # 4	Si usted tuviera que ayudarlo psicológicamente a otro que pasare por un desastre natural igual a este ¿de qué manera le ayudaría?
Pregunta # 5	¿Cómo evalúa la ayuda psicológica que ha recibido en el grupo de apoyo?
Pregunta # 6	¿Qué cree que hizo falta en el abordaje de los talleres?

Pregunta # 7	<p>Elija uno de los siguientes ítems para calificar su estabilidad emocional frente a lo sucedido el 18 de mayo de 2015 al salir del grupo de duelo:</p> <p>1: adecuada y estable  2: con una moderada estabilidad emocional  3. con una alta inestabilidad emocional</p>
--------------	---

## 6. 2. Presentación del grupo

### a. Características generales de los participantes del grupo.

Corresponde a un grupo de 18 participantes afectados por un desastre natural, de los cuales, 2 fueron hombres y 16 mujeres entre los 16 y 75 años de edad, residentes del municipio de Salgar (Antioquia), con ocupaciones variadas, pero que en la mayoría coincidían con trabajos independientes como ventas de comidas, administración de tiendas, recolectores de café, entre otros.

La mayoría de los integrantes del grupo perdieron sus viviendas y el resto las tenía en estado de riesgo a causa del desbordamiento de la quebrada; referían sentir diferentes emociones y pensamientos después de cuatro meses de haber sucedido el desastre que no les permitían retomar con tranquilidad sus actividades cotidianas y pensar de una manera esperanzadora un nuevo proyecto de vida; algunas de las emociones y pensamientos que expresaron en el grupo estuvieron dirigidas a un profundo miedo por un nuevo desbordamiento de la quebrada, que según ellos les dificultaba conciliar el sueño y mantenerse calmados pensando que nada malo podía volver a suceder, además de referir tristeza y nostalgia por las pérdidas de bienes materiales y los seres queridos que extrañaban como miembros de la comunidad, situación que se empeoraba por los sentimientos de incertidumbre que ratificaban tener por el futuro de sus viviendas.

Algunos de los participantes refirieron cómo se habían enfrentado a otras “avalanchas” en diferentes lugares del departamento, y también a la creciente de “chorros” y “quebradas” en el mismo municipio, pero comentaban que nunca podían comparar lo sucedido con sus experiencias anteriores. Aunque los participantes referían lo abrumadoras que habían sido las diferentes reacciones, reconocían que se debían a manifestaciones producidas por el impacto disruptivo del desastre que en un primer momento del proceso dirigían por completo a situaciones externas como la inseguridad del entorno, la falta de información clara y veraz sobre el estado de sus casas, más adelante, fueron siendo conscientes de una parte de su responsabilización frente a las reacciones psicológicas que sentían.

Elementos que ayudaron al empoderamiento del proceso de recuperación emocional de cada uno de los integrantes del grupo y a la búsqueda de un espacio como el grupo de apoyo en los cuales comentaban les servía para “desahogarse”, “calmarse”, “obtener información”, entre otros, que ayudaban a mitigar el sufrimiento por las pérdidas y el control de emociones como el miedo.

#### **b. Contexto institucional.**

La conformación del grupo de apoyo estuvo enmarcado dentro de una de las actividades de la línea de acompañamiento familiar y grupal del Plan de Acompañamiento Social- Salud municipio de Salgar 2015, dirigido por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSA), Plan que tuvo como objetivo principal fortalecer las capacidades de resiliencia con el fin de contribuir a la recuperación del tejido social y la autogestión, incidiendo en el desarrollo sostenible del municipio.

Dicho Plan pretende convertirse en modelo de acompañamiento psicosocial para población afectada por desastres, por lo que supone un trabajo interinstitucional organizado dentro del corto tiempo que fue ejecutado en un periodo de 5 meses, a mediados del segundo mes del postdesastre hasta el séptimo mes del mismo.

Algunas de las generalidades del Plan que plantearon las directrices del abordaje psicosocial en la comunidad y por ende del grupo objeto de estudio de la presente investigación, comprendieron: a) las personas y familias damnificadas serán tratadas como “afectados” no como víctimas para potencializar el empoderamiento y la autogestión de la reconstrucción del tejido social, evitando la re-victimización; b) sus enfoques están basados en los criterios de la salud como derecho, los determinantes sociales de la salud y las diferencias poblacionales; c) el plan define el derrotero del accionar coordinado y articulado de acuerdo a las diversas responsabilidades y competencias de las diferentes entidades involucradas a nivel municipal, departamental y nacional; d) el grupo poblacional atendido se dividió en dos grandes grupos, Familias Afectadas Directas (FAD), personas con pérdidas de seres queridos y Familias Afectadas Indirectas (FAI), personas con pérdidas de bienes materiales; e) los niveles de actuación del componente psicosocial se desarrollaron de la siguiente manera: 1. Diagnóstico psicosocial a las FAD Y FAI, 2. Remisión a centros hospitalarios de personas diagnosticadas con trastornos; 3. Ejecución de actividades individuales, grupales y comunitarias para el fortalecimiento de la resiliencia, estrategias de afrontamiento y proyecto de vida (Plan de Acompañamiento Social-Salud del Municipio de Salgar, 2015).

### **c. ¿Cómo nació el grupo?**

El grupo nace a partir de la necesidad de generar un espacio grupal para aquellas personas que referían sentimientos comunes como tristeza, miedo, y otras reacciones frente al desastre y la



pérdida actual o futura de sus bienes materiales. Los criterios de inclusión correspondieron a adultos que habían sido afectados por pérdida de bienes materiales, pues fueron ellas las familias adjudicadas al proceso de acompañamiento dentro del Plan. No obstante, hubo personas que asistieron al grupo con pérdida de seres queridos que se aceptaron sin mayores inconvenientes. Como criterio de exclusión se tuvo no aceptar niños.

#### **d. Estructura del grupo.**

El grupo inicia al cuarto mes de haber sucedido el desastre, y tiene una duración de dos meses, en los que se programaron en su totalidad 10 encuentros, con una frecuencia de ocho días y un tiempo en sesión de 90 minutos. La estructura del grupo fue abierta para facilitar el ingreso de las personas que en el transcurso del Plan de Acompañamiento se motivaran a participar, pues si bien se pensó hacerlo cerrado, por la poca cultura de atención psicológica individual y grupal en la comunidad, se temía que el nivel de asistencia podía ser bajo y se diluyera en la medida que pasaran los encuentros. El único criterio de exclusión que se consideró fue no recibir niños.

Una de las desventajas que surgió tras la elección de una estructura abierta fue la “comercialización” del mismo grupo a los participantes que asistían, que en su mayoría obedecieron a integrantes de las familias que el grupo de profesionales visitaba. Se tuvo en totalidad una asistencia durante los 10 encuentros de 18 integrantes, sin embargo, solo después del quinto encuentro se conformó un grupo estable de 9 personas que continuó hasta el final del proceso.

Si bien este tipo de grupos según la OPS (2006), se recomienda enmarcarlos en el período inmediato a la situación disruptiva y básicamente durante las primeras cuatro semanas, permitiendo la continuidad solo si hay experticia o si se evidencia la necesidad de continuarlo, este proceso grupal mostró como la importancia de desarrollar este tipo de espacios en momentos avanzados del período crítico del desastre, reflejan la necesidad de seguir proporcionando apoyo psicológico e información en tiempo a largo plazo por lo que representa el impacto del evento en el psiquismo de las personas.

#### **e. Momentos del proceso.**

La metodología del proceso llevado a cabo con el grupo objeto, se formuló en tres momentos. El primero correspondió al establecimiento del encuadre grupal y el interés de explorar las diferentes vivencias sobre la pérdidas y las reacciones frente al desastre momento que se extendió hasta el cuarto encuentro. El segundo momento estuvo comprendido entre el quinto y el noveno encuentro centrado en brindar estrategias para la resolución de los problemas psicológicos y por último, el último encuentro focalizado en el cierre y el reconocimiento de habilidades adquiridas durante el proceso para el afrontamiento más adaptado frente el evento

#### **f. Rol del psicólogo.**

El rol del psicólogo coordinador y los profesionales de apoyo, estuvo dirigido a promover y elogiar los logros de los participantes para incentivar la “potencia” en la recuperación emocional y movilizar a los integrantes de una posición frágil y dependiente a una autónoma y empoderada de sus acciones; proporcionando intervenciones no interpretativas que buscaran centrar la atención en los conflictos intrapsíquicos e individuales de cada participante, sino por el contrario,

en las reacciones o manifestaciones psicológicas mal adaptativas generadas por el evento fáctico y los métodos prácticos para aliviarlos. Las intervenciones fueron directivas, proporcionando orientación, información y recomendaciones sobre la adaptabilidad al suceso.

Es importante señalar que la labor del psicólogo coordinador estuvo apoyada por otros profesionales (psicólogos y trabajadores sociales) que ayudaron en el proceso de acompañamiento y observación de cada encuentro, a ellos se les llamó profesionales de apoyo y su rol siempre estuvo orientada por el psicólogo coordinador que estuvo en todos los encuentros. Los integrantes del grupo, no fueron recibidos como pacientes, por la misma dinámica del grupo que no estaba sustentado en un grupo terapéutico. Se les consideró como personas damnificadas de un desastre natural con los que se construyó un espacio para el intercambio de apoyo, orientación, experiencias en el modo de afrontar la situación para que todos pudieran retroalimentarse de los aprendizajes mutuos.

Se fomentó una transferencia positiva leve, que según Piper et al. (2011), propende por el fortalecimiento de una adecuada alianza de trabajo que disipa las idealizaciones hacia el psicólogo y este a su vez contrarresta la aparición de material transferencial hostil. Esto se logra mediante la normalización de las emociones que se expresan sobre el psicólogo coordinador o de apoyo.

## **7. Resultados**

### **7.1 Evaluación psicológica: efectos disruptivos del desastre**

En el proceso grupal, los participantes hacen referencia a cómo se han sentido después del desastre, describiendo una serie de reacciones psicológicas que según ellos no les permite estar “tranquilos” y retomar con “normalidad” sus actividades cotidianas. Para ello se trabajó alentando a los participantes a través de preguntas exploratorias en la descripción de los hechos desde el punto de vista de cada uno, se indagó por las reacciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales pidiéndoles que dieran a conocer sus pensamientos durante el momento del evento y después de él, motivándoles a reconocer las emociones propias y las vivenciadas por los otros integrantes.

El análisis cualitativo de las vivencias de la mayoría de los miembros del grupo se relacionó a su vez con los resultados de la aplicación del cuestionario SRQ de la Organización Mundial de la Salud, (Self Reporting Questionary), aplicado a los 18 participantes que asistieron al proceso, estos resultados fueron tomados del diagnóstico general que se aplicó a inicios del tercer mes de haber sucedido el desastre y que correspondió al primer momento del desarrollo del Plan de Acompañamiento Social-salud en el que se inscribió el grupo de apoyo.

El cuestionario SRQ consta de 30 preguntas, un bloque de 20 preguntas que indaga por síntomas de gravedad menor (ansioso / depresivos); un segundo segmento de 10 preguntas que hacen referencia a síntomas de gravedad mayor (psicosis, convulsión o consumo de alcohol). La suma de 11 respuestas positivas en el segmento de las primeras 20 preguntas, determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir alguna enfermedad mental relacionada con trastornos de tipo ansioso o depresivo. Una sola respuesta positiva entre las preguntas 21 a 24 es indicativa de un trastorno psicótico, La respuesta positiva a la pregunta 25 indica alta

probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo. Las preguntas 26 a 30 indican problemas relacionados con el alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que el paciente tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo. Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un “caso”, del que habrá que ofrecer un seguimiento o la remisión a una atención y evaluación especializada donde se podrá aplicar nuevos tests para tener con mayor claridad el tipo de trastorno que presenta.

La OPS (1983) indica, además, que la capacidad para identificar "casos" mediante la aplicación del cuestionario está perfectamente validada; en cambio la capacidad para discriminar los síndromes específicos (p. ej.: depresión, angustia, psicosis, epilepsia, o alcoholismo) constituye una hipótesis aún por corroborar. Sin embargo, la práctica clínica ha demostrado que esta podría ser una adecuada aproximación diagnóstica y permite sugerir su uso en la forma presente.

Luego del análisis de los resultados del test SRQ a los 18 participantes (Ver anexo 2), se tiene que las respuestas que el grupo mencionó estuvieron relacionados con síntomas que indicaban una gravedad menor (primeras 20 preguntas del test), ninguno de los participantes respondió positivo a alguno de los síntomas del segundo bloque de preguntas (últimas 10 preguntas del test) que como se señaló arriba, la respuesta positiva a una de las preguntas aquí mencionadas indicaba posible “caso” para psicosis, convulsión o abuso de alcohol.

De esta manera, analizando las respuestas obtenidas del primer bloque de preguntas de dicho test, se observó que solo 2 personas de los 18 participantes, puntuaron la calificación requerida (11 puntos positivos), (ver anexo 2) para la remisión a una evaluación especializada que determinara la existencia de algún trastorno de ansiedad o depresión. Para estos dos casos

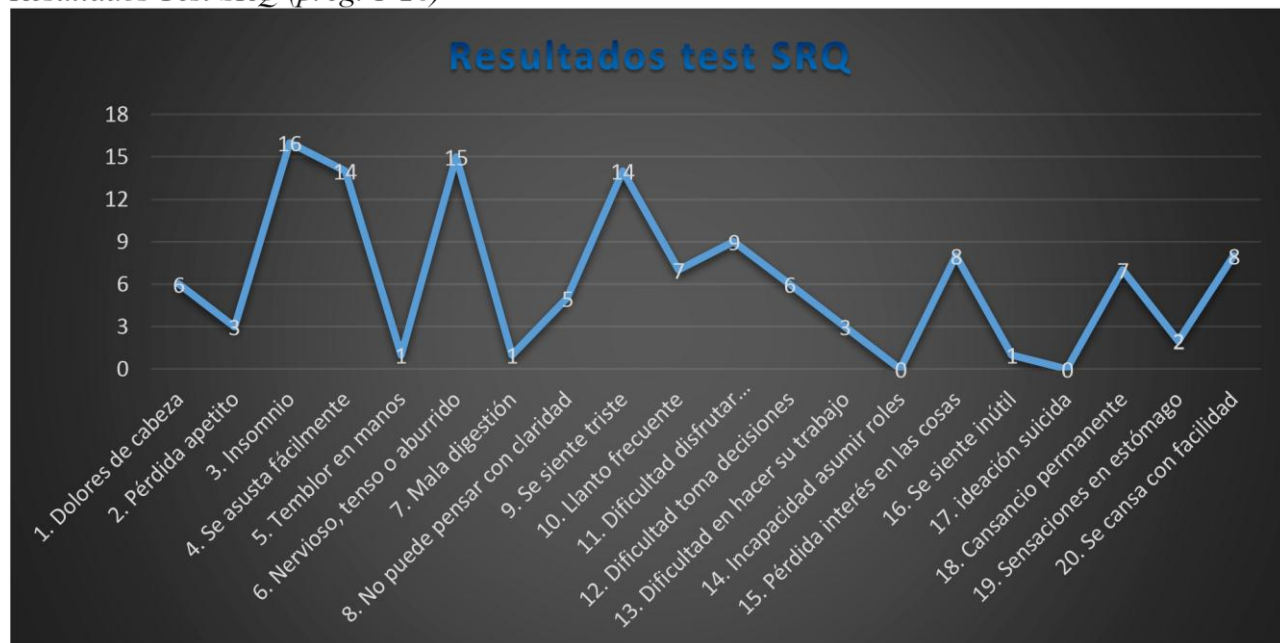
específicos, se aplicó el test de ansiedad y depresión de Zung dando positivo en ambos casos solo para posible trastorno de ansiedad y depresión (ver anexo 3 y 4).

Así todos los participantes indicaron signos de ansiedad por los efectos disruptivos del desastre, dos de ellos con signos más elevados que otros. Estos síntomas son considerados por la OPS (2006), como reacciones normales frente a una “situación traumática”, de los que si bien se ha considerado pueden normalizarse en la medida que pasa el tiempo, se debe ofrecer un acompañamiento centrado en el apoyo y la psicoeducación para mitigar los efectos y evitar mayores secuelas.

A continuación se dará paso al análisis de los síntomas y/o reacciones psicológicas provocadas por el efecto disruptivo del desastre, esgrimiendo los relatos de los talleres que evidencian en mayor detalle la relación de los síntomas que identificó el test SRQ, que como ya se indicó obedecen a signos del primer bloque de preguntas del test.

Gráfico 1

Resultados Test SRQ (preg. 1-20)



Fuente: datos extraídos de tamizajes aplicados a la población afectada.

Los participantes reportan dificultades para dormir (Rta. 3) que asocian con las distintas formas y efectos del miedo, uno de los más referidos durante el grupo de apoyo fue el *miedo a un nuevo desbordamiento* que les hacía permanecer alertas e inseguros mayormente en la noche en donde sospechaban podía pasar un nuevo peligro

*Manuela: “en la noche no dormimos, es pensando junto con mi hija que no vuelva a pasar nada malo... estamos pendiente cuando hay que volver a correr” (taller 2).*

*Mary luz: “yo a veces me traspasaba pensando que otra avalancha se va a llevar el puente del hospital y que yo no voy a poder pasar” (taller 4).*

*Gloria: “yo trabajo jornadas muy fuertes que cuando llega la noche, yo caigo rendida, pero cuando llueve, ay yo no soy capaz de dormir por más cansada que esté” (taller 4).*

El miedo también alteró el *sentido de realidad* de alguno de los participantes, haciéndoles pensar cosas que no eran o tener poca *capacidad crítica* frente a los rumores que propagaban el caos. Ante estas situaciones era fácil que las personas empezaran a fantasear cuando llovía o cuando se escuchaba de un supuesto represamiento. Refiriendo asustarse fácilmente (Rta. 4) por cualquier rumor o hecho que les recordaba el día del evento. Es importante aclarar que esta alteración no afectó el *juicio de realidad* de los damnificados, por lo tanto, dentro de los participantes no hubo presencia de alucinaciones, delirios u otro tipo de signos o síntomas que evidenciara tal situación.

*Gloria: “es que vea, yo he vendido rápido las ventas, porque Dios mío, me faltaban dos empanadas todavía, y eran las 10: 00 am, y me tocaba volver a armar más para volver a salir, pero yo decía, ay Dios, me voy para la cocina a armar o no, ¿qué hago? Yo llegué tarde a vender, ¿por qué? Porque yo no me atrevía a entrar a la cocina porque como la puerta de la cocina quedó frente al río, y yo decía en una de esas, me meto a la cocina y quedo ahí, sepultada...llegaba la gente a mi casa, doña Gloria hay de esto, y yo, ay no, como los rumores decían que iba a volver a suceder otra vez una avalancha, entonces por la culpa de ellos, ay tiene” (taller 4).*

*Gloria refiriéndose a Fernanda: “vean a mi amiguita lo que le pasó, perdió una cita médica porque le dijeron que se estaba llenando una represa por allá arriba” (taller 4).*

*Fernanda: “es que yo prefiero que la avalancha me coja en la casa que en el camino” (taller 4).*

El grupo expresaba también como las anteriores situaciones les provocaban nervios (Rta. 6), comprendido por ellos como un conjunto de reacciones físicas (insomnio, dificultades de salud



como presión alta, problemas respiratorios, pérdida del apetito (Rta. 2)) que no podían controlar a causa del miedo que sentían

*Josefina: “ayer que estaba en la cita, de ida vi gente corriendo porque estaban asistiendo un accidente y a mí me dio un miedo, que llegué al consultorio con la presión altísima, con un temblor que el doctor me preguntó que tenía, me iban a colocar una inyección para la presión pero no quise, porque yo sabía que eran los nervios y que al tranquilizarme se me iba a pasar” (...) “es que vea, si empieza a llover, y usted tiene sueño, se le quitó el sueño, si usted tiene hambre, se le quitó el hambre” (taller 4).*

*Carmen: “Después de la avalancha yo me enfermé mucho, hasta empecé a tener problemas respiratorios debido al miedo y al pánico” (taller 2).*

La experiencia de la amenaza y la adaptación a un entorno disruptivo, desorganizado y alterado por la irrupción del evento, que hasta el momento tienen en común las anteriores respuestas psicológicas generó entre los participantes, sentimientos de *intranquilidad* que fueron expresados como una pérdida de la “paz y confianza” que gozaban antes del suceso. Aún frente a la ausencia de un indicio de peligro, los participantes manifestaban sentirse amenazados por el temor a que se repitiera un nuevo desbordamiento. El debilitamiento de defensas psíquicas que imposibilitan al sujeto defenderse frente a la invasión desorganizante de los efectos del miedo y la desconfianza por las instituciones a las que les reclamaban velar por la recuperación de sus viviendas y la seguridad del pueblo se sumaban al entramado de una vivencia de pérdida de la tranquilidad que la consideraban difícil de recuperar.

*Leila: “es que vea, una casa se recupera fácilmente, un carro, un edificio, pero la paz, la tranquilidad, volver a confiar en el río, eso es más demorado” (taller 2).*

*Gloria: “yo estoy muy asustada pues hoy nos enteramos que unos bomberos habían dicho que se estaba represando por allá arriba y que nos preparáramos para un nuevo desbordamiento, y si viera usted como todos los vecinos de la calle donde yo vivo salieron de sus casas preocupadas...luego pasó la policía y dijo que había sido una falsa alarma, pero no se imagina el susto tan grande que nos llevamos, sobre todo porque uno no cree que un bombero le va a decir mentiras a uno” (taller 3).*

Benyakar sugiere que (2003) la búsqueda constante de certezas absolutas que confirmen la seguridad del entorno y la posibilidad de seguir viviendo en él, se maximizan tanto, que la información veraz y clara que ofrezcan las instituciones debe brindar la suficiente certeza y estabilidad para bajar los niveles de ansiedad, no obstante, sucede muchas veces que la incertidumbre no surge de una capacidad crítica sino de lo que describe Benyakar como el desbaratamiento de los principios y criterios genuinos y comunes a los cuales y desde los cuales es posible cuestionar produciéndose la percepción distorsionada, la amenaza se ha internalizado y modela toda la vida de la persona, provocándoles conductas pseudoadaptativas y una proyección constante de sus sentimientos de odio, resentimiento y culpa a los que para este momento consideran culpables de tal disrupción.

El grupo también manifestó cómo los recuerdos del evento se mostraban de manera reiterada y en la mayoría de las ocasiones de forma involuntaria, provocando dificultades para dejar de pensar en el suceso por más que lo deseaban, situación que a su vez estaban relacionadas con las dificultades para pensar con claridad que manifestaron en el test (Rta 8 ). Todos los asistentes coincidieron en los relatos de cómo la avenida torrencial se llevó a adultos y niños y la manera tan repentina en la que todo sucedió dejando a la mayoría de los participantes sin casas o con

afectaciones importantes en sus viviendas, los recuerdos coincidieron a su vez en la manera cómo los miembros del grupo, lograron sobrevivir. Algunos de ellos lograban compartir sus vivencias notándose muy afectados y aún sorprendidos, otros lo hacían con más calma

*José: “(...) le cuento que yo me salvé de milagro, yo vivía en uno de los sótanos que quedaban a la orilla del río, cerca al hospital; estaba dormido y no sentí nada, ni bulla, ni nada, cuando yo vi fue que el agua se había metido en el cuarto y salí corriendo casi desnudo y ahí mismito se derribó la casita, por nada me lleva esa cosa” (taller 2).*

*Leila: “Yo a veces digo, yo no quiero pensar en más cosas pero no soy capaz. Pero vea un caso lo mas de lindo, ese niño que se salvó, ese bebe que el río lo trajo en medio del pantano y lo hizo a un lado, llevándose a sus padres. Salvarse ese bebe de eso tan grande, que uno le echaba agua y se le veía solo los morados, eso me puso pensar, cuando yo me muera ¿a quién voy a dejar? Y le da a uno mucha tristeza pero le doy gracias a Dios de haberme salvado porque hay gente que no le agradece a Dios nada, que uno puede comer todos los días” (taller 2)*

Vinculado con los recuerdos de la Avenida Torrencial, que los participantes comúnmente nombraban como “avalancha”, el olvido estuvo relacionado con lo que ellos referían reiteradamente como la imposibilidad de olvidar el hecho disruptivo, por lo que describían como el mismo impacto que generó consecuencias difíciles de sanar y por lo que se observó como una resistencia a una posible integración y elaboración de los recuerdos cargados de dolor y sufrimiento

*Taller # 1: Leila: “(...) aunque Salgar no se ha acabado, tendrá que pasar mucho tiempo para sanar este dolor”*

*Josefina: “eso se va a demorar, porque esto nunca lo olvidaremos”.*

*Taller # 7 Gloria: “es que yo me pongo a pensar, yo me paro en la puerta de mi casa a ver la quebrada y digo esta quebradita tan pequeña y hacer tantas cosas y digo ¿por qué? ... no, esto no se puede olvidar”.*

Se observó también como elementos que antes de la tragedia eran valorados, como el río, fueron depositarios de la ira y la desconfianza por la actitud de culpar a algo de lo que había ocurrido. Reacciones que además se presentan, según Benyakar (2003), por el interés de intentar comprender el carácter incomprensible de la amenaza o por los sentimientos indiscriminados provocados por el miedo

*Josefina: “es que lo que hizo ese río... es que era como un monstruo, se llevó lo que más queríamos” (taller 1).*

*Margarita: “yo recuerdo que uno se iba y compartía con sus vecinos, con sus amigos a la orilla de la quebrada, ahora ya no, ya se fue todo lo bueno que el río había dado” (taller 1).*

*Leila: “ese río era como un monstruo...por eso volver a confiar en él, eso es más demorado” (taller 1).*

Después del desastre, el río toma el carácter de un “monstruo” capaz de dañar, destruir y arrebatarse lo “que más querían”, las representaciones que se tenían del mismo objeto antes del desastre, ahora son divididas percibiéndose una forma diferente de vincularse con el mismo objeto.

Otro grupo de reacciones psicológicas que manifestó el grupo estuvo relacionada con el estado en el que habían quedado sus viviendas a causa del desastre, debido a que el 67% de los asistentes tenía su casa destruida, el 22% la tenía destruida parcialmente, el 6% no destruida y el 5% no destruida pero en alto riesgo (ver anexo 5). Cada uno de estos estados generó diversas reacciones entre los participantes, que iban desde sentimientos de tristeza (Rta 9), llanto (Rta. 10) hasta preocupaciones por la futura entrega de las nuevas casas, que si bien era muy anheladas por los participantes pues generaba una cuota de tranquilidad a su ansiedad, traían consigo nuevas reacciones relacionadas con la futura adaptación de las mismas y las dificultades en la toma de decisiones (Rta 12) para abandonar las viviendas que algunos de ellos todavía vivían a pesar del riesgo en el que se encontraban. Tales resistencias fueron observadas en el grupo como profundos sentimientos de apego por el significado que tenía para ellos.

*Josefina: “a mí por ejemplo, me da mucha tristeza ir a ver cómo quedó mi casa, no soy capaz, porque yo viví en esa casa 40 años y yo no voy a olvidar eso” (taller 2).*

*Fernanda: “cuando pienso en mi casa me dan ganas de llorar, yo soy muy chillona, y me agarro a llorar, cuando termino, descanso un poquito” (Taller 3).*

*Fernanda: “eso es muy duro, yo perdí mis gallinas, mis matas, mi solar, mis perros, que se ahogaron. Solo sobrevivieron los gaticos que la gata salvó...Tenía mis gallinas, mis pollos de engorde, y si es para otra parte, ay Dios, (refiriéndose a las nuevas casas) tenía agua propia, allá tengo que pagarla. Yo sigo viviendo en la misma casa, pienso en irme, no me he ido porque*

*no he conseguido para donde. Hoy armé el bolso para irnos porque nos dijeron que esa agua está represando, llamamos al comando para verificar y nos dijeron que era una persona que hizo una broma” (taller 2).*

Es importante precisar que aunque la mayoría de los participantes del grupo eran de afectación indirecta según la clasificación que determinó el Plan de Acompañamiento Social-Salud Salgar, es decir, que habían perdido sus bienes materiales, estos manifestaban sentirse afectados emocionalmente pues señalaban que al ser miembros de la misma comunidad, no podían evitar extrañarlos.

García (2013) señalará que cuando la muerte ocurre por algún tipo de catástrofe o accidente, existe un sentimiento que causa dolor en el sobreviviente y este es el sentimiento de aleatoriedad de la muerte. Frente a este sentimiento el grupo reiteró en diferentes oportunidades del encuentro y fuera de él como la muerte de niños y de jóvenes les causaba tristeza por los “sueños que se habían ido con ellos” y “la corta vida que tuvieron para cumplirlos”

*Psicólogo coordinador: “¿cuál ha sido la experiencia más dolorosa en medio de esta tragedia para ustedes?” (taller 2).*

*Leila: “yo creo que lo que más triste ese día fue que había muchos niños con tantas ganas de vivir, con tantas esperanzas, que había una niña que estaba en el grado 11 y se iba a estudiar a Medellín porque quería ser una odontóloga, y eso a mí me da tristeza, los sueños de esos niños que se fueron ahí. Y además que algunos de esos videos los montan a internet, todos los amigos de uno, y a mí lo que me dolió fue eso, que tantas ilusiones, tantos sueños se fueron allí” (taller 2).*

*Taller #2, Josefina: “eso es muy difícil, vaya uno saber, lo que es escuchar y ver eso, ver como el río se llevó a niños, eso fue muy horrible, una cosa que no se olvida, que uno recuerda cada día” (Expresión tensa y triste) (taller 2).*

Por otro lado, señalará García (2013), frente a estos acontecimientos de duelo colectivo, sobrevivir por la razón que sea, puede constituirse en una culpabilidad suplementaria de difícil elaboración, (...) pues el medio puede ser un facilitador de este proceso pero también puede complicar el proceso de duelo impidiendo la expresión emocional y transfiriendo al deudo la ira o la culpa de la comunidad.

Respecto a lo anterior, en el grupo se observó una solidaridad con los parientes y personas allegadas a los fallecidos y desaparecidos, facilitando el recuerdo de las pérdidas humanas y la tolerancia frente a la conmoción que vivían las personas afectadas por estas pérdidas

*Margarita: “si viera usted, como esa avalancha se llevó a un hijo de la señora que vivía al lado de la casa, no la han encontrado y la mamá está en Medellín, cuando viene a Salgar se queda en mi casa, y eso es un dolor muy grande porque todos esperamos que consigan el cuerpo para ver si vemos a esta señora descansar” (taller 3).*

No obstante, en un inicio del proceso se observó como la tolerancia y la solidaridad que expresaban espontáneamente la mayoría de los integrantes del grupo por las personas que habían perdido seres queridos, se fue convirtiendo en una exigencia que hacía la comunidad y algunos miembros del grupo en contra posición con el dolor que algunos integrantes expresaban por la pérdida de sus bienes materiales, refiriendo a través de una actitud defensiva y prevenida la importancia que también tenían sus pérdidas y el dolor que por ellas sentían. Comentaban que se sentían poco comprendidos e invitados a olvidar y sanar las heridas de una manera muy rápida por

el hecho de que la pérdida de bienes materiales no se asemejaba al dolor por la pérdida de un ser humano. Situación que les hacía sentir culpables en algunos momentos por el sufrimiento que padecía y que sentían debían suprimir. A continuación los relatos extraídos de dos talleres en donde se evidencia lo anterior

*Psicólogo coordinador: “¿Cuál fue la experiencia más dolorosa vivida el 18 de mayo?” (taller # 2).*

*Josefina: “la pérdida de la casa, así no hayan sido familiares, amigos, conocidos, eso es muy duro, eso no se olvida, tener que ver como se la llevó el río”*

*Leila: “por ejemplo yo, yo vivía al lado del río, y yo en ese momento, no pensé en la casa, ni en salvar nada de lo que había dentro de ella, yo pensaba en la sra del frente, y a mí me dolió en el alma porque ella en ese momento estaba sola, y estaba borracha, y cuando me la encontré, pues se salvó, ella me dijo, - ay Leila si me hubiese ido para donde mi hija, me hubiese ido con ella, y yo decía, “bendito Dios, esta sra se salvó y sus nietos murieron, Dios quiere darle una lección a esta sra, piensa uno. Pero le doy gracias a Dios de haberme salvado porque hay gente que no le agradece a Dios nada, que uno puede comer todos los días”*

*Josefina: “a mí por ejemplo, me da mucha tristeza ir a ver cómo quedó mi casa, no soy capaz, porque yo viví en esa casa 40 años y yo no voy a olvidar eso”*

*Leila: “yo digo que uno tiene que sanar las heridas, de pronto seré egoísta pero yo pienso que ya perdí la casa, hay que salir adelante, si me dicen que me meta en este lugar, hay que hacerlo”. (Refiriéndose a las casas nuevas que se entregaran a los damnificados).*



*Josefina: (se observa tensa)*

*Psicólogo Coordinador: “lo importante es que comprendamos que cada ser humano tiene una forma diferente de tramitar su dolor, que cada sujeto tiene un tiempo diferente para tramitar sus pérdidas. Es importante que tengan presente que el tiempo para elaborar una pérdida depende de muchos factores, entre ellos, la personalidad, la relación y el significado que se haya tenido con lo perdido, la red de apoyo con la que se cuente, entre otros”*

En el relato se observa como la vivencia de la pérdida de la casa es más significativa para la sra josefina que para la sra leila por las representaciones que hace de la misma y lo doloroso que refiere ha sido superar esta situación. La sra Leila que se ve por el contrario con una actitud más adaptada que la sra josefina frente a la destrucción de su casa, manifiesta sentirse más afectada por la pérdida de personas de la comunidad e invita implícitamente al grupo a tener una actitud de agradecimiento para seguir adelante. Situación que no agrada mucho a doña Josefina pues se le percibe tensa y molesta pues es claro que para ella no se le está valorando su sentimiento y por el contrario culpando frente a esta actitud. Tensión que observa el psicólogo coordinador e interviene mediando la situación aclarando que cada ser humano tramita las pérdidas de una manera diferente

*Psicólogo de apoyo: “¿cómo era su casa o su vecindario antes del 18 de mayo?” (taller 3).*

*Fernanda: “eso es muy duro, yo perdí mis gallinas, mis matas, mi solar, mis perros, que se ahogaron”.*

*Psicólogo de apoyo: “Todas las pérdidas son importantes, ahora están en el momento de reconstruir parte de su vida... una persona me manifestaba un profundo dolor por haber perdido la grabadora porque su esposo se la había regalado”.*

*Margarita: “ah no, no, no, no, yo no sufro por esas cosas, por eso a veces me detengo en participar porque dirán los otros compañeros que yo soy egoísta, pero es que no tengo la culpa, mire cuántas personas se murieron y también se salvaron; imagine un señor que logro salvarse metido en un sótano”.*

*Psicólogo de apoyo: “es importante la intervención que hace Isabel, porque nos permites ver, cómo cada persona afronta las pérdidas de diferentes maneras, por ello debemos respetar y reconocer estos diversos modos de sentir”.*

*Carmen: “Es verdad, eso es muy duro, pero las pérdidas materiales se superan, pero las otras no, las matas se recuperan, pero las pérdidas humanas, es un dolor del alma”.*

*Grupo: silencio.*

En este segundo relato, se observa como la falta de reconocimiento por aceptar que todas las pérdidas son importantes y que requieren un proceso de duelo, dificultó en algunos momentos la libre expresión de estas emociones presentándose obturación en el discurso y momentos de silencio.

## **8.2 Efectos presentados por el proceso grupal**

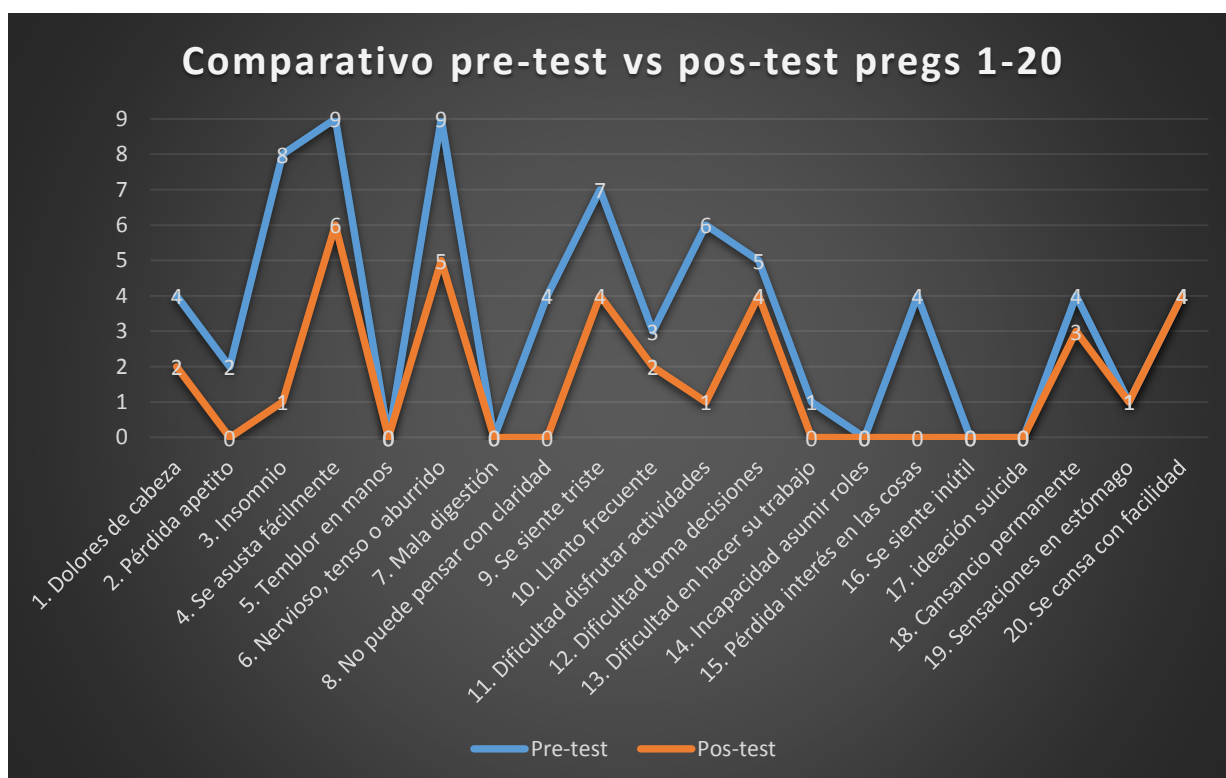
De los 18 participantes que iniciaron el grupo de apoyo psicológico solo 9 de ellos terminaron el proceso, todas mujeres, entre los 26 y 60 años. Una de ellas había puntuado en la evaluación psicológica para posible trastorno de ansiedad y depresión en la evaluación psicológica. Se observó que esta persona puntual si bien indicaba sintomatología florida para ambos cuadros

clínicos, durante el proceso mostró que sus síntomas de ansiedad y estrés eran semejantes al del resto del grupo y que la depresión correspondía a un proceso de duelo que se encontraba viviendo de manera más intensa que los demás por la pérdida de su vivienda.

Con el interés de evaluar los efectos del grupo, se determina aplicar el mismo cuestionario de síntomas SRQ al grupo final para comparar los resultados del pretest- y pos-test y develar los posibles cambios psicológicos generados por el grupo de apoyo. Cabe señalar que tras el interés de mostrar una mayor cualificación sobre la manera como intervino el grupo en dichos resultados se contó también con los datos de una entrevista semiestructurada que complementó el análisis de dicha categoría.

*Gráfico 2*

*Comparativo pretest vs postest SRQ, pregs. 1-20*



<b>TABLA DE RESUMEN</b>	<b>Pre- test</b>	<b>Pos- test</b>
1. Dolores de cabeza	4	2
2. Pérdida apetito	2	0
3. Insomnio	8	1
4. Se asusta fácilmente	9	6
5. Temblor en manos	0	0
6. Nervioso, tenso o aburrido	9	5
7. Mala digestión	0	0
8. No puede pensar con claridad	4	0
9. Se siente triste	7	4
10. Llanto frecuente	3	2
11. Dificultad disfrutar actividades	6	1
12. Dificultad toma decisiones	5	4
13. Dificultad en hacer su trabajo	1	0
14. Incapacidad asumir roles	0	0
15. Pérdida interés en las cosas	4	0
16. Se siente inútil	0	0
17. ideación suicida	0	0
18. Cansancio permanente	4	3
19. Sensaciones en estómago	1	1
20. Se cansa con facilidad	4	4

Tras la observación estadística de la disminución de los síntomas, se puede apreciar que la disminución de signos importantes como el insomnio, nervios, *sentimientos de tristeza*, *dificultad para disfrutar actividades diarias* y *pérdida de interés en las cosas* se encuentra referido a la percepción que tienen los participantes del grupo con relación al *control y manejo del miedo* debido que durante las entrevistas referían sentirse más tranquilos por la concientización y control sobre este tipo de reacciones

*Psicólogo de apoyo: ¿Qué aprendizajes le ha generado el grupo para el afrontamiento de lo sucedido el 18 de mayo?*

*Manuela: “gracias a Dios el grupo me ha servido mucho, estoy mejor. He aprendido a controlar más los miedos que le daban a uno cuando llovía, a estar más tranquila” (Entrevista de cierre 7)*

*Lucero: “el grupo me ayudó asumir de manera más real la tragedia, a entender que nuestra ansiedad y nuestras fantasías sobre el peligro no nos permitían ver con claridad lo que estaba aconteciendo, sí, me enseñó eso, a asumir la realidad como está” (Entrevista de cierre 9)*

El abordaje de este trabajo consistió en un primer momento en la construcción conjunta de un ambiente cálido y ameno en donde se pudieran expresar todo tipo sentimientos, pensamientos y emociones sin el temor a confrontaciones que los hiciera sentir mayormente vulnerables, o juzgados por lo que estaban expresando

*Mary Luz: “El grupo ofrece tranquilidad, confianza. Nosotras, mi hija y yo consideramos que después de la avalancha, nos habían atendido muy mal, pero este grupo nos escucha, nos comprende y es una forma en que nos sentimos mejor” (taller 4).*

El brindar esperanza y refuerzo constantemente a los logros que los participantes iban adquiriendo también ayudó a que el grupo asumiera una actitud de confianza en el empoderamiento de sus capacidades y fortalezas con el ánimo de afrontar situaciones como el miedo

*psicólogo coordinador: “doña Gloria usted dice temerle a la madrugada pero nos cuenta que a pesar de este miedo, todas los días se levanta a hacer su trabajo en medio de la madrugada y no se deja paralizar por él, yo creo que usted que es una mujer valiente y fuerte por hacer esto” (taller 5)*

*Gloria: “no lo había pensado, pero es verdad. Mire por eso yo dejo todo parado en mi casa con tal de venir a este lugar porque sé que este miedo lo debo enfrentar”.*

Dicho trabajo de fuerza yoica promovió a su vez la recuperación de sentimientos de autovalía y autoresponsabilidad que fueron reflejados en las entrevistas de cierre

*Psicólogo de apoyo: “¿Cuál es el taller que más aprendizaje le generó, cual le gustó más?”*

*Gloria: “yo recuerdo mucho el de unas imágenes en donde pasaron (Entrevista de cierre 1.)*

*Una imagen de la madrugada, yo aprendí allí que yo era más valiente de lo que pensaba”.*

*Fernanda: “para mi todas; la del arbolito de navidad porque nos comprometimos hacer algo por nuestro bienestar” (entrevista de cierre 2).*

*Sandra: “yo recuerdo mucho el taller donde trabajamos con una manualidad, decorando a un hipopótamo, porque empecé a afrontar mejor la situación, a tomar más fuerzas de donde no las tenía, a centrarme más en lo que quería, a poner mis sueños y mi realidad en el punto que era” (Entrevista de cierre 5).*

Se proporcionó información y orientación cada vez que era requerida por los miembros del grupo sobre las condiciones de alarmas y riesgos de una nueva avenida torrencial en el municipio, situación que alivió el malestar que refería el grupo de estar en una sensación de incertidumbre constante sobre el estado de la seguridad del pueblo

*Psicólogo de apoyo: “En cuanto a la alarma, es importante que entendamos que hay personas que desde sus vivencias, por sus miedos, nombra esta situación como alarma. Es importante tener presente que ese tipo de informaciones hay que verificarlas con las personas e instituciones que tienen que ser” (taller 3).*

*Psicólogo de apoyo: “bueno, es importante que ustedes también sepan que ya estamos en unas condiciones de seguridad muy distintas, el río es monitoreado las 24 horas, personas especializadas mantienen en vigilancia el nivel de la creciente del río” (taller 5).*

*Lucero: “sí, yo la vez pasada me atreví hablar con un servidor público este tema y me mostró su celular y me dijo, mire que en estos momentos bajo este programa me están informando el movimiento de las nubes, a mí me mantienen al tanto de todo. Y eso me dejó más tranquila” (taller 5).*

Se trabajó también fortaleciendo y promoviendo defensas adaptativas como la racionalización para el logro de una percepción real y menos fantasiosa de los miedos

*Gloria: “vean a mi mamita lo que le pasó, perdió una cita médica porque le dijeron que se estaba llenando una represa por allá arriba (...) estaba tan asustada que me hizo llamar al comando a verificar” (taller 4).*

*Psicólogo coordinador: “una de las maneras de calmar esa ansiedad que ustedes expresan o minimizar las preocupaciones que ustedes nos narran, es buscar una fuente de verificación real, por ejemplo: “llamar al comando” (se señala a doña Gloria). Cuando yo empiezo a llamar a todos, que además todos están asustados, todos están en las mismas o peores condiciones que yo, sucede algo en masa allí, es decir, el otro me contagia de su miedo, no es sano empezar a escuchar los rumores del otro que está igual de asustado que yo, hay que calmarse un poco y pensar las cosas con cabeza fría, lógicamente. La realidad que como institución nosotras le podemos decir hoy es que hay muy pocas probabilidades de que algún desastre vuelva a ocurrir (...) ¿Cuántas de las alarmas, cuántos de los rumores que han escuchado hasta el momento sobre el posible desbordamiento de la quebrada han sido reales?”.*

*Grupo: “ninguna”.*

*Psicólogo coordinador: “¿cuánta energía ha gastado usted en preocuparse por esos rumores?”.*

*Grupo: “risas, muchas”.*

*Psicólogo coordinador: “Ante emociones tan desbordantes como estas de las que se tiene poco control, un buen consejo a tener en cuenta es, racionalizar, es invadir esa emoción del pensamiento. Es llamar (se referencia a gloria)*

*Gloria: “si, por eso yo lo hice”*



*Psicólogo coordinador: “¿y se calmó?”.*

*Gloria: “Sí, mucho, mire que yo de una me fui a trabajar”.*

A su vez el anterior objetivo propició que paralelamente se empezaran a debilitar defensas mal-adaptativas como el *desplazamiento* que aumentaban las conductas de hipervigilancia y la no integración del suceso. El miedo por un nuevo desbordamiento se desplazó a todas aquellas situaciones que los participantes asociaban con el evento disruptivo, como la lluvia, la noche, la madrugada, los cerros, entre otros, dichas asociaciones generaban temores no indeterminados que colocaban al grupo en una posición más indefensa porque en el fondo ellos no sabían de donde provenían tales peligros, ayudarles a ser conscientes de esta relación y de cómo defensivamente estaban generalizando su angustia a todo lo que percibían como amenazante permitió la integración de varios aspectos del evento disruptivo

*Psicólogo de apoyo: “¿Cuál es el taller de aprendizaje que más aprendizaje le generó, cual le gustó más?”.*

*Ana: “El de las fotografías, porque me ayudó a ver exactamente a lo que le tenía miedo y a enfrentar esa parte ahí, me di cuenta a través de las imágenes que proyectaron que había una parte bonita; aparte de las cosas feas que yo tenía presente también habían cosas bonitas” (Entrevista de cierre 8)*

La sra Ana manifestó en el encuentro que hace referencia, tenerle un profundo miedo a los cerros, pues refería que “la iban a tapar junto con su familia”, se logró identificar en este taller que el miedo por los cerros tenía una asociación directa con el cerro donde se originó la avenida

torrencial, se propició un dialogo que permitió evidenciar las diferentes percepciones del cerro, algunas cargadas de afectos hostiles y otros de admiración. Situación que le permitió observar al grupo como muchas de las calificaciones que hacían hacia el cerro y otros objetos se debían a asociaciones del evento disruptivo.

Otro de los elementos que ayudó en este tipo de procesos se debió a que los participantes al darse cuenta que las reacciones que sentían obedecían a respuestas normales frente al impacto abrumador del desastre, se fueron tranquilizando y siendo conscientes que más que una enfermedad lo que tenían podía ser controlable.

Cabe señalar, para finalizar esta descripción que si bien síntomas y/o reacciones como el susto se muestran de una manera significativa para el final del proceso, es importante aclarar que el susto, como lo describe Benyakar (2003) a diferencia del miedo, se caracteriza por el factor sorpresa e inmediatez que puede generar cierto tipo de estímulos a los que ha sido expuesto o no un individuo, el miedo perdura más tiempo y genera mayores reacciones desadaptativas.

Otro de los factores grupales que se observaron tuvieron también una incidencia en la reducción de los síntomas reportados en el comparativo (ver gráfico 2), sobre todo los relacionados con el pensamiento o con lo que el grupo como “dificultades de dejar de pensar en lo sucedido” fue “aprender a recordar con menos dolor”.

Frente a la memoria de recuerdos dolorosos y difíciles de “olvidar” que reflejaban una compulsión por hablar sobre los efectos del desastre y una fragilidad e indefensión sobre el estado en el que les había dejado tal situación, se observó que hubo una flexibilización importante en la mayoría de los participantes a partir de la mitad del proceso cuando referían

“querer olvidar momentos dolorosos para seguir avanzando”. Dicha flexibilización fue vista en la medida que en el grupo se invitaba a través de tareas específicas a mantener como lo señala Freud citado por Dryzun, 2006, una distancia con la vivencia de la amenaza y con sus consecuencias sin apelar a la negación radical del recuerdo

*Psicólogo de apoyo: “cierren los ojos por un momento y traigan a la mente algo que quieran dejar ir, que quieran dejar atrás y que identifiquen les está causando sufrimiento y no les está permitiendo avanzar” (taller 6). Una vez realizada la visualización se le pide al grupo que exteriorice ese sentimiento realizando un dibujo. Se les explica que pueden dejar el dibujo en el espacio grupal con la intención de seguir trabajando en él, también se les dice que si quieren se lo pueden llevar, si consideran que pueden trabajarlo con su familia; se agrega que es válido y aceptable hacer otras cosas con el dibujo”.*

*Mary Luz: “yo dibujé el momento en el que la avalancha llegó a mi casa y lo dibujé porque no quiero que eso vuelva a ocurrir, me generó tristeza, un poquito de angustia hacer este dibujo. Quisiera dejar ir ese recuerdo tan doloroso”. Psicólogo Coordinador: “¿y qué deseas hacer con el dibujo?” Mary Luz: quiero dejarlo aquí.*

*Psicólogo Coordinador: “aquí se queda en representación de una continuidad del proceso que has empezado en el grupo”.*

*Mary Luz: “asiente”.*

*Manuela: “yo dibujé mi casa, por aquí pasó la avalancha y dejó piedras y todo”.*

*Psicólogo de apoyo: “¿qué quieres dejar ir de este dibujo?”.*

*Manuela: “deseo que ese recuerdo se vaya”. (La sra Manuela igual que doña Mary Luz deja el dibujo en el espacio grupal)*

*Fernanda: “esta es mi casa, este es el rio por donde bajó la avalancha, dibujé unas maticas aquí y unas gallinitas. Y quiero dejar el dibujo aquí”.*

*Psicólogo de apoyo: “¿Que quiere dejar ir?”.*

*Fernanda: “olvidar todo lo que me pasó”.*

*Ana: “Yo dibujé una cara pensativa como pensando en lo que yo perdí, la casa y los enseres.*

*Quiero dejarla aquí”.*

*Psicólogo de apoyo: “¿qué quiere dejar ir?”.*

*Ana: “esos pensamientos”.*

A través de este taller, se observó que la mayoría de los dibujos que elaboraron los participantes representaban diferentes momentos del desastre como el momento del impacto, la pérdida de las viviendas, sus estados emocionales, entre otros, que los habían creado con el ánimo de “dejarlos ir”, frase que fue dada al grupo con el significado que propone Dryzun (2006) de hacer un uso operativo del olvido y la memoria, para “negar transitoriamente” el olvido de situaciones cargadas de mucho dolor que invadían la memoria de los participantes y no les permitía reelaborar el recuerdo sin una “pausa de dolor” al servicio de “rehacerse y

recuperarse”, situación que Dryzun afirma no interrumpe el trabajo inconsciente, pero si se invisibiliza.

Purgar el alma de evocaciones nocivas, fue la otra connotación que se fue construyendo con el grupo para este trabajo en donde se dio a conocer cuidadosamente que el trabajo de sanación y “seguir adelante” no significaba ignorar o negar los recuerdos pero si tener una mirada ante ellos reconciliadora. Se promovió la confianza en las capacidades de cada uno de ellos y se incentivó en cada taller “la potencia” de afrontar la fragilidad que señalaban sentir, elementos que ayudaron además de la revisión del recuerdo a otros aspectos de la vivencia del evento fáctico. Este tipo de elaboraciones sobre las huellas mnémicas de la situación disruptiva se pueden constatar en algunos segmentos de la entrevista semi-estructurada que al cierre del proceso se aplicó a los participantes que finalizaron el proceso

*Psicólogo de apoyo: “¿qué aprendizajes le ha generado el grupo de duelo para el afrontamiento de lo sucedido el 18 de mayo?” (Entrevista de cierre 4).*

*Mary Luz: “yo pensaba que al principio cuando nos pasó esto, iba a ser muy difícil salir adelante, pero luego con el acompañamiento, con el grupo, empecé a sentirme mejor, recordamos las cosas, sí, pero ahora lo hacemos con más tranquilidad, con menos dolor”*

*Psicólogo de apoyo: ¿cómo han sido sus emociones desde el momento de la avenida torrencial hasta ahora?*

*Fernanda: fueron momentos malucos, difíciles, sin embargo, yo pienso algo...que si me quedo pensando en eso, me enloquezco. Yo a veces digo, que rico irse de este pueblo, pero al mismo tiempo me digo, ay no que va, en cualquier parte hay peligro (Entrevista de cierre 2)*

*Margarita: “al principio fue muy fuerte, el ver cómo morían personas, cómo encontraban personas en el río muertas, vecinos que ya no están, esto es muy difícil, pero yo le digo algo doctora, de qué vale tomar las cosas negativamente, eso no ayuda mucho, yo soy una mujer muy tranquila y le doy fuerza a mi hija que es la más nerviosa” (Entrevista de cierre 3)*

Durante el proceso se identificó que la pérdida de la tranquilidad estaba asociada a varios factores, unos asociados con la *vivencia de la amenaza* que generaba una serie de reacciones relacionadas en su mayoría con el miedo a un nuevo desbordamiento y la inseguridad por el entorno; otros factores eran la desconfianza e incertidumbre por la indemnización de sus viviendas y el mismo dilema que representaba para algunos irse de sus casas averiadas y confiar en la entrega de la futura vivienda o quedarse en las mismas a pesar del peligro que sentían y esperar la entrega de la misma. Frente a estas vivencias, el grupo logró generar, según las respuestas de las entrevistas de cierre la recuperación de este sentimiento. La incidencia que tuvo el control y manejo del miedo, igual que la distancia optima de los recuerdos dolorosos del evento como la autovalía y la recuperación de sentimientos como la confianza en sus propias capacidades para salir adelante ayudaron a que el grupo refiriera sentirse más tranquilos

Respecto a reacciones como el cansancio que no reportan cambios en el posttest, los entrevistados señalaban que se debían a condiciones de salud física y/o exceso de trabajo, consideraban que no tenían mayor relación con el desastre.

## **8. Conclusiones**

### **8.1. Respecto al tipo de vivencias**

Se trata entonces de un evento disruptivo en un grupo de personas suficientemente estructuradas, con recursos grupales como su capacidad de escucha, de introspección e identificación que ayudaron a desarrollar reacciones frente al desastre de tipo “normales” como las describiría la OPS (2006), vivencias de estrés en términos de Benyakar (2003) que reflejan cierta alteración en los mecanismos defensivos de respuesta frente al hecho disruptivo pero no logran ser traumáticas o patológicas.

Uno de los motivos por los cuales las reacciones psicológicas que manifestó el grupo frente al desastre no pueden considerarse vivencias traumáticas es por el hecho de que si bien emergían emociones como el miedo que alteraban el diario vivir de los integrantes del grupo, o sentimientos como la intranquilidad y la aflicción por las pérdidas, no se observó una desarticulación entre las representaciones del evento del desastre y las vivencias relatadas por los integrantes del grupo que pudiera originar alguna vivencia de vacío, de desvalimiento o desamparo características del “complejo traumático” que dificultan la detección de la amenaza y el desbaratamiento de las defensas Benyakar (2005). En el grupo, se presentó, por el contrario, tras evaluar las reacciones que manifestaban los participantes, una alteración más no un quiebre de dicha articulación que propició la detección de una amenaza y el desarrollo de las defensas concomitantes.

La “angustia automática” apreciada en el inicio del proceso en reacciones tales como la alteración del sueño, la hipervigilancia, el miedo manifiesto por un nuevo desbordamiento, entre otras, fue procesada durante el proceso grupal convirtiéndose en “angustia señal”, es decir en mecanismos de defensas más adaptables frente a la vivencia de la amenaza. Como referían ellos en las entrevistas de cierre, no era que se sentían estables después del proceso, sino más tranquilos y calmados para seguir abordando el postdesastre, pues eran consciente que hasta que no se les repararan la vivienda no podían sentirse mejor, y que requerían de más tiempo e incluso de más acompañamiento para sanar su dolor.

El tema de la emergencia de la memoria, es otro asunto que Benyakar (2005), describe como indicador para diferenciar si determinada vivencia es traumática o de estrés, debido a que cuando aparecen evocaciones repetitivas que aluden a sensaciones sobre el hecho disruptivo enuncian posibles dificultades en la elaboración de tal evento que se ha quedado incrustado en el psiquismo del sujeto sin posibilidad de metabolización presentificándose a través del sistema perceptual (sueños, ilusiones, alucinaciones), del pensamiento, el afecto y la acción dificultando en un extremo de la situación la relación con los otros u obstruyendo la capacidad del pensamiento. En relación a esto, se observó que el grupo podía recordar el evento, representándolo a través del lenguaje, sensaciones, emociones y sentimientos que daban cuenta de la metabolización de la situación disruptiva, si bien se reiteraba la dificultad de olvidar el evento, dicha manifestación estaba articulada con la representación de lo que ellos referían con lo doloroso que representaba sanar las heridas.

La posición de “víctima” que en la mayoría de veces asumen los damnificados en este tipo de contextos por las mismas ganancias secundarias que eso repercute en la indemnización o reparación, se observó que tras las clarificaciones que se dieron en el encuadre grupal sobre la



metodología de trabajo y una particular concientización en la mayoría de los integrantes por la búsqueda de la auto-responsabilización y la recuperación de la autovalía frente al control de emociones como el miedo generaron un clima grupal enmarcado en un trabajo subjetivo a pesar de necesidades puntuales como la entrega de la vivienda. Tal situación ayudó a que se empoderara al grupo a la adquisición de habilidades y estrategias para la resolución de problemas.

Tras el análisis de los significados que arrojó la vivencia por la pérdida, se observó que en algunos participantes, específicamente aquellos que habían perdido completamente su casa, referían algunas conductas como la evitación por mirar dicha ausencia, se convertía en algo tortuoso e intolerante, sumado a la aflicción que generaba el verse sin sus objetos valorados. Este tipo de reacciones eran sin embargo amortiguadas con la expectativa de la entrega de una nueva vivienda. Sentimiento que fue generalizado en todos los participantes y que referían les generaba desconfianza e incertidumbre por la falta de garantía que según el grupo había en la entrega de la misma; otros al no tener claridad sobre el diagnóstico del estado de sus viviendas y verlas aparentemente en un buen estado, se regresaron a vivir a ellas durante el proceso, elementos que les hacía sentir cómodos y más estables, alguna de estas vivencias en relación a la pérdida dificultaron por ende la marcha de un trabajo de duelo adecuado. Podemos pensar, no obstante que la recuperación del sentimiento de tranquilidad que se generó en el grupo en relación a la vivencia de la amenaza, ayudó a que el trabajo de duelo tomara su curso de una manera más consciente. El generar un espacio para escuchar la vivencia de la pérdida abrió las posibilidades para brindarle importancia a un tipo pérdida que hasta ese momento no la tenía o que la misma comunidad y miembros del grupo suponían era menos importante que otras. Frente a los procesos de adaptación que requiere el posible traslado de vivienda, se generan nuevos duelos que será necesario seguir acompañando.

Así las diferentes pérdidas relacionadas con la vivienda, el entorno, la tranquilidad, las personas fallecidas y desaparecidas de la comunidad, generan diferentes tipos de vivencias frente a la pérdida, como sucede con otros fenómenos como el desplazamiento que describe Díaz et al (2015) a las que no es posible responder a la pregunta por el duelo – en singular- al ser una experiencia que implica una ruptura con diversas formas de apego.

## **8.2. Respecto a la intervención grupal**

En este caso puntual, la estrategia elegida implicó privilegiar, en primer lugar, que el grupo expresara sus vivencias tal cual como las sentían, permitiendo como lo sugiere Benyakar (2005) el encuentro de las personas con su estilo vivencial en sus cualidades más idiosincráticas, específicas y vividas. Para ello se abordaron estrategias centradas en la contención y el apoyo emocional que distan de las interpretativas que ponen su acento en los conflictos inconscientes, como respuesta al significado de las conductas. Este tipo de grupos de tiempo limitado centrados en brindar apoyo mejoran la adaptación inmediata de los sujetos a su situación de vida, por ende en la medida que el grupo relataba sus vivencias relacionadas con el evento disruptivo, se focalizaron los principales problemas psicológicos que generaban dificultades en el grupo, ofreciéndoles métodos prácticos para aliviarlos.

El trabajo de fuerza yoica focalizado en el fortalecimiento de defensas adaptativas como la racionalización se hace pertinente en este tipo de escenarios para aminorar emociones como el miedo u otro tipo de angustias que sin un control adecuado pueden llevar en un extremo a vivencias traumáticas. Respecto a este trabajo se observó que el grupo logró ser más crítico frente a los rumores que alimentaban el miedo a una nueva amenaza, evidenciando el debilitamiento de defensas mal adaptativas como la fantasía y el desplazamiento que durante el

proceso grupal se analizaron, afrontaron y desalentaron activamente teniendo sumo cuidado que las mismas no comprometieran la capacidad del grupo para funcionar.

En definitiva la reacción positiva que generó el grupo a través de factores grupales como la identificación, el intercambio de apoyo, orientación y el compartir estrategias de afrontamiento permitió que se apreciara el evento disruptivo al final del proceso como una oportunidad para “salir adelante” “valorar lo que se tiene” “ser más fuerte”, poniendo de manifiesto que ante eventos como los desastres u otros como la guerra, que se presuponen generalmente como “traumáticos” son situaciones disruptivas que generan diversos tipos de vivencias en los afectados que no pueden ser abordados desde consideraciones previas al análisis y abordaje de las misma debido a que como en este caso puntual, son procesos que pueden ser elaborables y que requieren como lo sugiere Benyakar (2003) un manejo en los efectos contra-transferenciales a los que este tipo de situaciones llevan.

## **9. Recomendaciones**

Es usual encontrar que este tipo de grupos sean confundidos como dispositivos para llenar de consejos o los damnificados o colocar “paños de agua tibia” sobre la aflicción de las personas, pero lo que se ha intentado expresar con este trabajo es lo necesario de partir escuchando y comprendiendo las vivencias subjetivas de las personas, analizar su malestar y sufrimiento y con ellas generar estrategias y recursos para propiciar una mayor adaptación al entorno, así el brindar consejos u otro tipo de técnicas empleadas dentro del dispositivo se orientarían de acuerdo a lo vivido por el sujeto y no por suposiciones previas.

La relación de ayuda y dependencia que pueden generar los sujetos afectados por este tipo de situaciones puede ser muy alta, que el psicólogo debe estar atento al manejo de sus sentimientos contra-transferenciales debido a que en parte él debe direccionar estrategias o soluciones a los problemas que las personas en este estado se encuentren, no obstante recomendando tener en cuenta cuidar de no responder excesivamente a los pedidos que se hagan sino más bien tener una actitud de co-ayudador, promoviendo las capacidades y habilidades de los damnificados a una autoresponsabilización y empoderamiento de sus acciones frente a la recuperación.

En cuanto al grupo de profesionales que apoyen en la coordinación de este tipo de dispositivos grupales, recomendando igual que Ávila (1993), tener una flexibilización en la participación de profesionales de Salud Mental de distintas escuelas y profesionales que no son especialistas en salud mental, sino que lo son en otras áreas de la salud física que apoyan en el establecimiento de encuadres, la adjudicación de la tarea, el proceso de discusión grupal, entre otros que no necesariamente hacen parte de la coordinación sino que tienen un lugar propio en el grupo igualmente distante de esos lugares.

El marco teórico sobre el abordaje en este tipo de escenarios es poco, como se referenció en los antecedentes la mayoría de material sobre el tema se encuentra escrito en inglés, denotando muy poca sistematización y publicación sobre el trabajo psicológico individual, grupal y comunitaria en desastres; se observó también que el material existente en castellano enfoca su atención en el proceso clínico del trastorno por estrés postraumático que como lo indica la OPS (2006) y otras guías de salud mental en desastres, este tipo de cuadros se presentan en una minoría entre la población damnificada, descuidando la producción teórica en otro tipo de reacciones que al considerarse normales, dejan a la adaptación de las personas, la posible elaboración, sin precisar algunas pautas en el acompañamiento necesarias y fundamentales no

solo en la atención de los “primeros auxilios psicológicos” sino en los momentos subsiguientes a la vivencia temprana del impacto del desastre.

A salvedad del material arrojado por la OPS (2006) sobre la formación de dispositivos grupales en desastres, que muestra un capítulo enriquecedor sobre la dirección en algunas pautas a tener en cuenta en este tipo de escenarios, la mayoría de las guías revisadas para este informe centran su producción en la descripción fenomenológica de los efectos sin precisar en el abordaje clínico de los mismos.

## 10. Referencias bibliográficas

- Aguilar Rocha, I. (2012). *La casa, el sí mismo y el mundo. Estudio a partir de Gastón Bachelard*. (Tesis Doctoral). Recuperado de [http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/101467/ISAR\\_TESIS.pdf?sequence=1](http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/101467/ISAR_TESIS.pdf?sequence=1)
- Ávila, A. (1993). Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico- Vincular. *El grupo de Discusión coordinado desde un esquema referencial operativo*: (315-322). Madrid: Ediciones Quipú.
- Benveniste, D. (2000). Intervención en crisis después de grandes desastres. Recuperado de [http://www.thecjc.org/pdf/benveniste\\_intervencion.pdf](http://www.thecjc.org/pdf/benveniste_intervencion.pdf)
- Benyakar, M (1997). Definición, diagnóstico y clínica del estrés y el trauma. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/119/105>
- Benyakar, M. (2007). Lo traumático, lo ominoso y el trabajo de duelo. Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=180>
- Benyakar, M. (2010). *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Benyakar, M., Lézica, A. (2010). *Lo traumático. Clínica y paradoja. El proceso traumático*. (Capítulo 2). Editorial Biblos. Recuperado de [http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf/Noviembre\\_10/Lo\\_Traumatico\\_Tomo\\_II\\_Cap\\_I\\_L.pdf](http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf/Noviembre_10/Lo_Traumatico_Tomo_II_Cap_I_L.pdf)
- Beristain, M., Páez, D., Fernández I., Pérez-Sales, P., Doná, G. (1999). Reconstruir el tejido social. Un enfoque Crítico de la ayuda humanitaria. Recuperado de <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentaciongac/trabajo-psicosocial-y-comunitario/herramientas-investigacion-accionparticipante/214-reconstruir-el-tejido-social-un-enfoque-critico-de-la-ayudahumanitaria/file>
- Beristain, M. (2000). *Apoyo psicosocial en catástrofes colectivas: de la prevención a la reconstrucción*. Recuperado de: <https://mhps.net/?get=290/martin-beristain-apoyo-psicosocial-en-catastrofes-colectivas1.pdf>
- Ceballos, F. (2009). El informe de investigación con estudio de caso. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281021548015>

- Cohen, R. (1999). *Salud mental para víctimas de desastres*. Recuperado de:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/salud\\_mental\\_para\\_victimas\\_de\\_desastres.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/salud_mental_para_victimas_de_desastres.pdf)
- Dryzun, J. (2006). Daño o Desafío: Posicionamiento Subjetivo ante el trauma. Recuperado de  
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000418>
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Apoyo psicológico en la comunidad. (2003) Recuperado de  
<http://www.cruzrojacolombiana.org/sites/default/files/Apoyo%20psicologico%20basado%20en%20la%20comunidad%20.pdf>
- Figuerola, A., Marín, H., González, M. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metanálisis. Recuperado de  
[www.scielo.cl/pdf/rmc/v13n2/art01.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v13n2/art01.pdf)
- García Mantilla, M. (2013). *El proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evaluado bajo del método central de conflicto relacional (CCRT)*. (Tesis Doctoral). Recuperado de  
<http://eprints.ucm.es/17783/1/T34105.pdf>
- Jarero, I. (2013). La intervención en crisis del siglo XXI. Recuperado de  
<http://revibapst.com/data/documents/SIGLO21.pdf>
- Mercado S., Landázuri, A. (2004). Algunos factores físicos y psicológicos relacionados con la habitabilidad interna de la vivienda. Recuperado de  
[https://mach.webs.ull.es/PDFS/Vol5\\_1y2/VOL\\_5\\_1y2\\_e.pdf](https://mach.webs.ull.es/PDFS/Vol5_1y2/VOL_5_1y2_e.pdf)
- Ministerio de la Protección Social. (2011). *Guía de atención en salud mental en emergencias y desastres*. Recuperado de  
<https://www.minsalud.gov.co/Documents/Salud%20P%C3%ABlica/Ola%20invernal/gu%C3%ADa%20salud%20mental15%20julio%20-.pdf>
- Organización Panamericana de la salud. (1893). *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*. Recuperado de:  
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3287/Manual%20de%20psiquiatria%20para%20trabajadores%20de%20atencion%20primaria%201.pdf?sequence=1>
- Organización Panamericana de la Salud (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones y desastres*. Recuperado de  
[http://www.who.int/mental\\_health/publications/guide\\_mental\\_health\\_disasters/es/](http://www.who.int/mental_health/publications/guide_mental_health_disasters/es/)

- Pineda, C., López, W. (2010). Atención psicológica postdesastres: más que un “guarde la calma”. Una revisión de los modelos de las estrategias de intervención. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082010000200003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082010000200003)
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Joyce, A., Weideman, R. (2011). American Psychological Association Short-term group therapies for complicated grief: Two research-based models. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2010-06014-000/>
- Secretaría Seccional de Salud y protección Social de Antioquia. (2015). Plan de Acompañamiento Social – Salud del municipio de Salgar.
- Slaikue, K. (2000). *Intervención en crisis manual para práctica e investigación*. Recuperado de <http://www.ucipfg.com/Repositorio/IPPC/IPPC-03/BLOQUE-ACADEMICO/LibroGeneral.pdf>



## 11. Anexos

**Tabla 2. Plantilla Cuestionario de Síntomas SRQ**

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS SRQ		
	<i>PREGUNTA</i>	SI NO
1	<i>¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?</i>	
2	<i>¿Tiene mal apetito?</i>	
3	<i>¿Duerme mal?</i>	
4	<i>¿Se asusta con facilidad?</i>	
5	<i>¿Sufre de temblor de manos?</i>	
6	<i>¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?</i>	
7	<i>¿Sufre de mala digestión?</i>	
8	<i>¿No puede pensar con claridad?</i>	
9	<i>¿Se siente triste?</i>	
10	<i>¿Llora usted con mucha frecuencia?</i>	
11	<i>¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?</i>	
12	<i>¿Tiene dificultad para tomar decisiones?</i>	
13	<i>¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)</i>	
14	<i>¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?</i>	
15	<i>¿Ha perdido interés en las cosas?</i>	
16	<i>¿Siente que usted es una persona inútil?</i>	
17	<i>¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?</i>	
18	<i>¿Se siente cansado todo el tiempo?</i>	
19	<i>¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?</i>	
20	<i>¿Se cansa con facilidad?</i>	
21	<i>¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?</i>	
22	<i>¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?</i>	
23	<i>¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?</i>	
24	<i>¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?</i>	

---

¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y pierna, con  
25 mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?

---

¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba  
26 bebiendo demasiado licor?

---

27 ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?

---

¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el  
28 trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?

---

29 ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?

---

30 ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?

---

Determinación de la puntuación: Se suman las respuestas afirmativas. Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20, o si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí) o si alguna de las preguntas 26 a 30 se contesta Sí, se debe hacer evaluación especializada.

*Fuente: Guía de atención en salud mental en emergencias y desastres (2011)*

**Tabla 3. Respuestas pretest SRQ (18 participantes)**

[illegible]

contestar Si se debe hacer evaluación periódica.

*Fuente: datos extraídos de Tamizajes a población afectada*

**Tabla 4. Respuestas Test de Ansiedad de Zung**

Test de ansiedad de Zung									
Para detectar posibles casos de trastorno de ansiedad									
Por favor, complete el cuestionario considerando solamente cómo se ha sentido durante los últimos treinta días.									
Aplicado a:		PABLO				ANA			
Pregunta		N	AV	MV	S	N	AV	MV	S
1	Se ha sentido últimamente más nervioso(a) y ansioso(a)	1	2	3	4	1	2	3	4
2	Se ha sentido temeroso(a) sin razón	1	2	3	4	1	2	3	4
3	Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico	1	2	3	4	1	2	3	4
4	Ha sentido que se está derrumbando	1	2	3	4	1	2	3	4
5	Ha sentido que nada malo va a pasar / que todo va bien	4	3	2	1	4	3	2	1
6	Se ha sentido tembloroso(a)	1	2	3	4	1	2	3	4
7	Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza	1	2	3	4	1	2	3	4
8	Se ha sentido débil y se cansa fácilmente	1	2	3	4	1	2	3	4
9	Se ha sentido calmado(a) y puede mantenerse quieto(a)	4	3	2	1	4	3	2	1
10	Ha sentido palpitaciones, taquicardia, últimamente	1	2	3	4	1	2	3	4
11	Se ha sentido últimamente mareado(a)	1	2	3	4	1	2	3	4
12	Se ha desmayado o ha sentido síntomas de desmayo	1	2	3	4	1	2	3	4
13	Ha podido respirar con facilidad	4	3	2	1	4	3	2	1
14	Ha sentido hormigueo / falta de sensibilidad en los dedos	1	2	3	4	1	2	3	4
15	Ha sentido náuseas y malestar en el estómago	1	2	3	4	1	2	3	4
16	Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal	1	2	3	4	1	2	3	4
17	Ha sentido sus manos secas y calientes	4	3	2	1	4	3	2	1
18	Se ha ruborizado con frecuencia	1	2	3	4	1	2	3	4
19	Ha dormido bien y descansado toda la noche	4	3	2	1	4	3	2	1
20	Ha tenido pesadillas	1	2	3	4	1	2	3	4
Total puntuación		50				44			
Las puntuaciones de 40 o más sugieren posible caso de trastorno de ansiedad. Convenciones: N= nunca, AV= a veces, MV= muchas veces, S= siempre.									

*Fuente: datos extraídos de Tamizajes a población afectada*

**Tabla 5. Respuestas Test de Depresión de Zung**

Test de depresión de Zung										
Para detectar posibles casos de trastorno depresivo										
Por favor, complete el cuestionario considerando solamente cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas.										
Aplicado a:		ANA					PABLO			
Pregunta		N	A V	M V	S	N	A V	M V	S	
1	Se ha sentido triste y decaído(a)	1	2	3	4	1	2	3	4	
2	Ha tenido ganas de llorar o ha llorado	1	2	3	4	1	2	3	4	
3	Ha tenido palpitaciones	1	2	3	4	1	2	3	4	
4	Se ha sentido cansado(a) sin razón aparente	1	2	3	4	1	2	3	4	
5	Ha tenido la mente tan despejada como siempre	4	3	2	1	4	3	2	1	
6	Le ha sido fácil hacer las cosas como antes	4	3	2	1	4	3	2	1	
7	Se ha sentido inquieto(a), intranquilo(a)	1	2	3	4	1	2	3	4	
8	Se ha sentido más irritable que de costumbre	1	2	3	4	1	2	3	4	
9	Ha disfrutado las actividades cotidianas	4	3	2	1	4	3	2	1	
10	Ha encontrado agradable vivir	4	3	2	1	4	3	2	1	
Total puntuación			22				29			
Veinte o más puntos detectan posible caso. Convenciones: N= nunca, AV= a veces, MV= muchas veces, S= siempre.										

*Fuente: datos extraídos de Tamizajes a población afectada Salgar (2015)*

**Tabla 6. Gráfico estado de las viviendas después del desastre**

*Fuente: datos extraídos de Base de Datos Familias Indirectas Tamizadas Salgar (2015)*

### Consentimiento informado

Esta es una invitación de la psicóloga y actual estudiante de la maestría en psicología clínica, de la Universidad del Norte (Barranquilla) a participar en calidad de consultante en un estudio sobre el proceso del manejo del duelo de las familias afectadas de manera indirecta en el municipio de Salgar (Antioquia); las cuales perdieron viviendas y/o enseres por la avenida torrencial el día 18 de Mayo de 2015 en dicho municipio.

Yo \_\_\_\_\_, he sido invitado(a) a participar en este estudio perteneciente a la tesis de grado de la maestría en psicología clínica, de la psicóloga Yuselfi Montes Correa. Esta es una investigación para generar un diagnóstico y una comprensión más profunda sobre la manera cómo las personas afectadas por pérdidas materiales, asumen el duelo de esta situación y para que los planes y programas presentes y/o futuros puedan tener un referente frente al sentir de las personas con este tipo de afectación en la comunidad Salgareña.

Entiendo también que mi información tendrá un trato absolutamente confidencial, manteniendo mi anonimato. Los resultados de mis cuestionarios y entrevistas no serán publicados en forma alguna que permita mi identificación.

Entiendo que no tengo obligación alguna con quienes realizan este estudio y puedo abstenerme de participar, contestar algunas preguntas y participar de actividades que no esté de acuerdo.

Por la información brindada no recibiré ningún pago en moneda o en especie.

También entiendo que tengo derecho a acceder de la información que se obtenga después de los análisis realizados. Salvo esta excepción, la información de este estudio será confidencial y no se divulgarán los datos individuales, sin representar ningún riesgo a mi integridad personal. Los resultados generales podrán ser utilizados en el municipio para orientar las estrategias en salud mental, además de contribuir con fines académicos en la realización de la tesis de grado de la investigadora y responsable de este estudio, Yuselfi Montes Correa.

Con mi firma certifico que he leído o me han leído el presente formato de consentimiento informado, que me han sido resueltas las preguntas a satisfacción y que acepto de manera voluntaria participar de este estudio en sus diferentes modalidades y momentos.

Inquietudes del participante:

\_\_\_\_\_

	Participante	Testigo
Nombre		
Firma		
N° doc. id		
Fecha		

Con base en mis conocimientos y experiencias, considero que la persona participante entiende los procedimientos, riesgos, y beneficios.

Nombre y apellidos del profesional: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

N° documento de identidad: \_\_\_\_\_